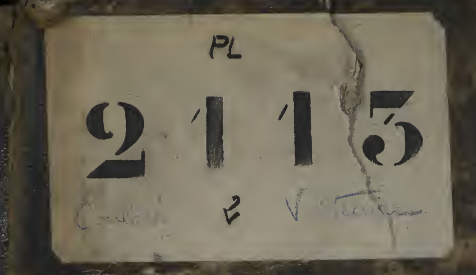
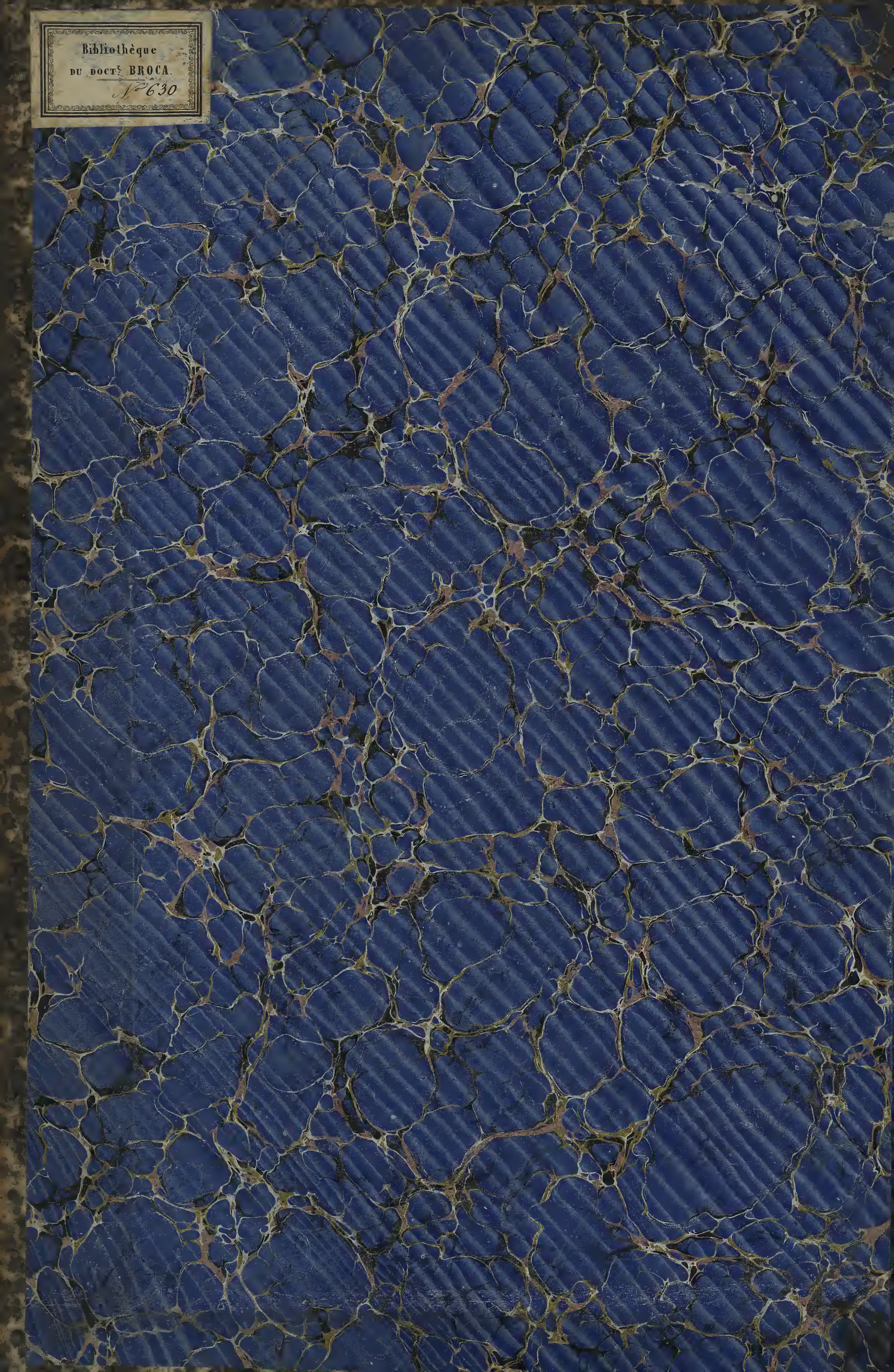
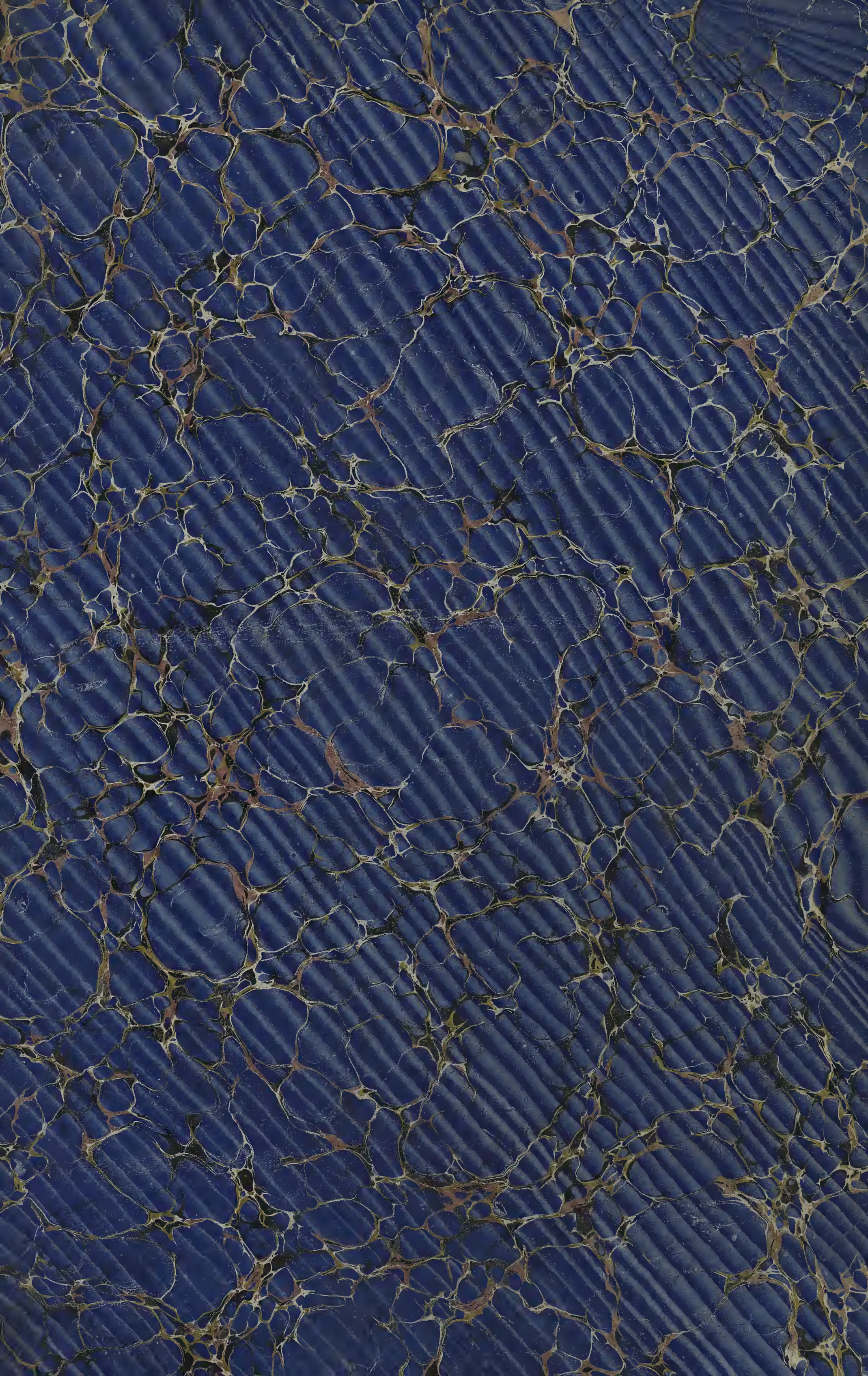




Bibliothèque
DU DOCT.R BROCA.
N° 630



TRAITÉ
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALE

OU

DESCRIPTION ET ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE

DES ALTÉRATIONS MORBIDES TANT LIQUIDES QUE SOLIDES

OBSERVÉES DANS LE CORPS HUMAIN

PAR LE DOCTEUR

H. LEBERT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE BRESLAU,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Lauréat de l'Institut de France et de l'Académie impériale de médecine,
Membre des Sociétés anatomique, de biologie, de chirurgie, médicale d'émulation, médicale d'observation de Paris, de la Société médicale d'émulation de Lyon,
des Académies de médecine de Bruxelles, de Ferrare, de Stockholm,
de la Société pathologique de Dublin, de la Société helvétique d'histoire naturelle, des Sociétés médicales ou d'histoire naturelle de Zurich,
de Berne, de Genève, de Lausanne, de Neuchâtel, de Würzbourg, de Dresde, de Leipzig, etc.

ATLAS. — TOME SECOND

Composé de CVI planches dessinées d'après nature, gravées et coloriées.

(PLANCHES XCV A CC.)

PARIS,
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.
LONDRES, H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET. | NEW-YORK, BAILLIÈRE BROTHERS, 440, BROADWAY.
MADRID, BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DEL PRINCIPE ALFONSO, 16.
1861

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

TRAITÉ
D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
GÉNÉRALE ET SPÉCIALE.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE XCV.

MÉNINGITE CÉRÉBRALE. — MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

Fig. 1-2. Méningite de la dure-mère avec ulcération et phlébite des sinus.

Fig. 1. Inflammation aiguë de la surface externe et convexe de la dure-mère : *aa*, destruction ulcéreuse de la partie antérieure et médiane de la dure-mère; *bb*, sinus longitudinal enflammé ; *cc*, injection vasculaire intense de la partie antérieure de la dure-mère; *dd*, ecchymoses.

Fig. 2. Les vaisseaux grossis de la surface interne du sinus longitudinal enflammé.

Fig. 3. Inflammation traumatique avec épanchement sanguin à la face inférieure de la dure-mère : *aa*, face externe de la dure-mère; *bb*, face interne; *c*, ouverture faite pour faire voir la couche membraneuse qui adhère à la face interne de la dure-mère; *d*, apparence vasculaire ; *e*, ecchymoses peu étendues; *f*, couche d'infiltration sanguine continue.

Fig. 4 et 5. Méningite cérébro-spinale.

Fig. 4. Méningite de la base du cerveau avec exsudation purulente à la surface et au-dessous de la pie-mère.

Fig. 5. Méningite spinale : *aa*, dure-mère; *bb*, arachnoïde; *cc*, pie-mère; *dd*, exsudation purulente consécutive à la méningite.

PLANCHE XCVI.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE. — MÉNINGITE ET PHLÉBITE DU SINUS LATÉRAL A LA SUITE D'UNE OTITE INTERNE.

Fig. 1, 2 et 3. Méningite cérébro-spinale survenue dans le courant d'une pneumonie.

Fig. 1 Surface du cerveau atteinte d'inflammation de la pie-mère : *aa*, parties des membranes infiltrées et couvertes de pus ; *b*, ecchymoses étendues d'origine inflammatoire.

Fig. 2. Coupe d'une portion du cerveau : *a*, pie-mère enflammée; *b*, partie profonde saine.

Fig. 3. Méningite spinale, montrant, en *aaa*, des plaques purulentes et pseudo-membraneuses situées au-dessus et au-dessous de la pie-mère.

Fig. 4 et 5. Méningite purulente et phlébite du sinus latéral, consécutives à une otite interne.

Fig. 4. Surface convexe du cerveau, montrant la méningite : *aa*, nappes purulentes à la surface de la pie-mère ; *bb*, produits de l'exsudation purulente sous la pie-mère, qui, elle-même, est fortement hypérémiée.

Fig. 5. Phlébite des sinus : *aa*, sinus latéral ; *bb*, couche purulente de la surface interne ; *cc*, plaques purulentes de la surface interne de la dure-mère de la base du crâne.

PLANCHE XCVII.

COLORATION ANORMALE DU CERVEAU. — ENCÉPHALITE. — INFLAMMATION DE LA PROTUBÉRANCE ANNULAIRE AVEC TUBERCULES MÉNINGIENS ET CÉRÉBRAUX. — RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

Fig. 1. Coloration d'un gris verdâtre de la surface inférieure d'une partie de l'encéphale, à la suite d'une phlébite du sinus latéral et d'une inflammation de la dure-mère ambiante.

Fig. 2. Inflammation de la substance corticale du cerveau à la suite d'un érysipèle de la face: *a*, partie moins enflammée, à injection vasculaire plus disséminée; *b*, inflammation plus intense, avec injection plus vive, plus dense et ramollissement plus profond.

Fig. 3-8. Inflammation avec petits épanchements sanguins dans la protubérance annulaire; inflammation de la surface du cerveau; tubercules disséminés dans la substance cérébrale.

Fig. 3. Inflammation de la protubérance annulaire, méconnaissable dans sa forme, à cause des coupes multipliées pratiquées pour montrer l'étendue de la lésion: *aa*, petites apoplexies capillaires confluentes entourées de tissu cérébral ramolli; *bb*, épanchements sanguins et injection vasculaire plus disséminés.

Fig. 4-7. Tubercules disséminés dans la substance cérébrale, montrant, en fig. 4, 5 et 6, une auréole rouge plus ou moins prononcée et ramollie, bien visible, surtout en fig. 5, mais manquant complétement en fig. 7, dans laquelle la substance cérébrale est à peine altérée autour du tubercule.

Fig. 8. Hypérémie considérable de la pie-mère, qui recouvre la substance corticale, ramollie et injectée.

Fig. 9-14. Ramollissement du cerveau avec altération des vaisseaux.

Fig. 9. Coupe du cerveau un peu au-dessous du centre ovale, montrant, dans l'hémisphère droit, plusieurs foyers de ramollissement dont le plus considérable, *a*, se trouve dans le corps strié; la vascularité est plus prononcée à l'œil nu en *a* et en *b*, mais bien plus marquée dans le ramollissement *c*.

Fig. 10. Fibres brisées, amas granuleux et granules moléculaires de la partie ramollie.

Fig. 11. Groupe de vaisseaux montrant, en *aaa*, de petits anévrysmes, et, en *a' a' a'*, une disposition moniliforme de ces petits anévrysmes, sur le trajet du même vaisseau.

Fig. 12 et 13. Vaisseaux plus volumineux avec les réseaux ambiants, tirés du foyer *c* de la fig. 9. On voit, en *aa*, des dilatations partielles des vaisseaux un peu plus volumineux, grossis environ vingt fois. On voit ensuite, en *bb*, les réseaux vasculaires qui les entourent, et, en *cc*, la substance cérébrale ramollie et très granuleuse tout autour des vaisseaux.

Fig. 14. Vaisseau entouré de substance cérébrale ramollie, *aaa*, et offrant, en *bbb*, une infiltration granulo-graisseuse isolée ou confluente dans l'épaisseur de ses parois.

PLANCHE XCVIII.

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU. — APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

Fig. 1 et 2. Ramollissement puriforme et pultacé du cervelet.

Fig. 1. Le cervelet coupé par le milieu dans un de ses lobes, montrant, en *a*, une coupe pultacée avec quelques stries vasculaires, et, en *b*, un ramollissement d'apparence presque purulente, mais qui ne renferme pas de pus.

Fig. 2. Éléments microscopiques de ce ramollissement: *aaa*, fibres intactes; *bbb*, fibres enroulées; *ccc*, variqueuses; *ddd*, cellules montrant un amas granuleux dans leur centre; *eee*, cellules tout à fait granuleuses; *fff*, granules moléculaires.

Fig. 3-5. Ramollissement gélatiniforme du cerveau.

Fig. 3. Le ramollissement vu à l'œil nu : *aa*, plaque ramollie gélatiniforme; *bb*, vaisseaux qui le recouvrent.

Fig. 4. La substance du ramollissement faiblement grossie : *aa*, vaisseaux capillaires qui le traversent; *bb*, substance granuleuse intermédiaire.

Fig. 5. La même substance fortement grossie : *aa*, trame fibreuse; *bbb*, globules granuleux ; *c*, vaisseau qui traverse cette substance.

Fig. 6-16. Apoplexie cérébrale.

Fig. 6-9. Foyers apoplectiques montrant divers degrés de résorption du sang épanché.

Fig. 10-11. Résorption à peu près complète, montrant, en fig. 10, un kyste à parois encore passablement vasculaires, et, en fig. 11, un kyste déjà bien moins riche en vaisseaux.

Fig. 12 et 13. Tissu cérébral faiblement grossi, montrant une infiltration granuleuse d'un jaune brunâtre.

Fig. 14 à 16. Infiltration de la substance cérébrale par de la matière colorante du sang, diffuse en fig. 14, granuleuse et diffuse en fig. 15, et offrant, en fig. 16 : *aaa*, des globulins hématiques; en *bbb*, des globules granuleux, et en *ccc*, des cristaux hématiques.

PLANCHE XCIX.

APOPLEXIE MÉNINGÉE. — APOPLEXIE CÉRÉBRALE. — TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DU CERVEAU.

Fig. 1 et 2. Apoplexie méningée, montrant, en fig. 1, les nappes de sang sous la pie-mère, et, en fig. 2, l'épaisseur de couche sanguine qui pourtant a laissé la substance cérébrale sous-jacente intacte : *aa*, substance cérébrale ; *bb*, épanchement de sang entre la pie-mère et la substance cérébrale.

Fig. 3 et 4. Apoplexie cérébrale récente dans la couche optique gauche, montrant divers aspects d'intensité, de coloration et de densité des caillots sanguins dans les coupes pratiquées : *aa*, substance cérébrale normale ; *bb*, épanchement sanguin dans la couche optique.

Fig. 5. Apoplexie cérébrale de la partie postérieure de l'hémisphère gauche, montrant, en *a*, un épanchement sanguin compacte, en *bb*, des ecchymoses et des apoplexies capillaires qui l'entourent, en *c*, un ramollissement ambiant de la substance cérébrale, en *dd*, une hypérémie de la partie correspondante de la pie-mère.

Fig. 6-9. Tumeurs fibro-plastiques du cerveau.

Fig. 6. Tissu cérébral montrant, en *a*, une de ces tumeurs ; *bb*, substance cérébrale ramollie du voisinage.

Fig. 7. Autre tumeur en *a* ; *bb*, substance cérébrale ambiante.

Fig. 8. Éléments fibro-plastiques de la tumeur : *aaa*, cellules ; *bbb*, corps fusiformes à noyaux ; *ccc*, noyaux isolés.

Fig. 9. Éléments du ramollissement cérébral ambiant, consistant surtout en fragments de fibres brisées et enroulées.

PLANCHE C.

HYDROCÉPHALE INTERNE CONSIDÉRABLE. — TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DE LA SURFACE DU CERVELET.

Fig. 1-3. Hydrocéphale interne très considérable.

Fig 1. La figure de l'enfant et la dilatation énorme du ventricule avec ses ouvertures : *aa*, substance cérébrale bien considérablement réduite dans ses dimensions ; *bb*, corps calleux ; *c*, voûte à trois piliers ; *d*, *septum lucidum* perforé de trois grandes ouvertures ; *e*, trou de Monro ; *f*, couche optique aplatie ; *g*, coupe du plancher du ventricule latéral gauche ; *hh*, étage supérieur de ce ventricule ; *i*, son étage inférieur ; *kk*, sa membrane très épaissie.

Fig. 2. *a*, trou de Monro ; *b*, plexus choroïde ; *c*, sa terminaison dans la fente de Bichat, fermée complétement par la membrane ventriculaire.

Fig. 3. *a*, corps calleux ; *b*, voûte à trois piliers, à gauche ; *c*, la même, à droite ; *d*, *septum lucidum* ; *e*, ouverture faisant communiquer le troisième ventricule avec le cinquième ; *f*, trou de Monro, droit ; *g*, infundibulum se rendant dans la glande pituitaire ; *h*, aqueduc de Sylvius très élargi ; *i*, entrée de la pie-mère dans le troisième ventricule ; *k*, veines de Galien ; *l*, glande pinéale ; *m*, tubercules quadrijumeaux ; *n*, commissure antérieure ; *o*, chiasma des nerfs optiques ; *p*, circonvolutions de l'hémisphère droit ; *q*, coupe du cervelet.

Fig. 4 et 5. Tumeur fibro-plastique à la surface du cervelet.

Fig. 4. La tumeur ovoïde, entourée d'une couche de tissu cellulo-vasculaire, située à la base du lobe droit du cervelet

Fig. 5. Éléments fibro-plastiques, cellules, noyaux, corps fusiformes, tissu fusiforme et granules.

PLANCHE CI.

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES DES MÉNINGES.

Fig. 1-5. Tumeur fibro-plastique de la fossette ethmoïdale.

Fig. 1. La tumeur dans ses dimensions naturelles, vue à l'œil nu.

Fig. 2. Coupe de la tumeur, offrant un aspect grenu et vasculaire.

Fig. 3. Tissu granuleux de la tumeur, grossi cinquante fois et composé de globes concentriques d'éléments fibro-plastiques : *aa*, tissu grenu ; *bb*, partie vasculaire.

Fig. 4. Éléments fibro-plastiques divers : *aaa*, corps fusiformes ; *bb*, cellules simples ; *ccc*, noyaux ; *ddd*, cellules mères à noyaux multiples.

Fig. 5. Un des globes fibro-plastiques grossi trois cents fois, montrant déjà, à son centre, la transformation granuleuse.

Fig. 6-10. Tumeur fibro-plastique de la surface convexe du cerveau.

Fig. 6. Coupe de l'hémisphère gauche, montrant, en *aa*, la dure-mère très vasculaire, qui, par sa face inférieure, donne naissance à la tumeur ; *bb*, coupe de la tumeur qui a creusé une cavité à la surface du cerveau ; *cc*, pie-mère ; *dd*, substance cérébrale, par places fortement hypérémiées.

Fig. 7-10. Éléments microscopiques de cette tumeur : fig. 7, tissu grenu faiblement grossi ; fig. 8, éléments fibro-plastiques simples et cellules mères ; fig. 9, globes concentriques de ce tissu ; fig. 10, tissu fibro-plastique de la tumeur, parcouru par des tractus fibreux.

Fig. 11-15. Exostose crânienne et tumeur fibro-plastique de la dure-mère.

Fig. 11. Tumeur provenant de la surface externe de la dure-mère : *A*, dure-mère ; *B*, tumeur.

Fig. 12. Exostose de la face interne de la voûte crânienne : *aa*, partie la plus saillante de l'exostose en forme d'arête.

Fig. 13. Coupe verticale de l'os, au niveau de l'exostose : *aa*, os ancien, épaissi et hypertrophié ; *b*, exostose et os nouveau.

Fig. 14. Une portion de la coupe verticale, grossie : *a*, table externe ; *b*, diploé plus compacte qu'à l'état normal ; *c*, table interne ; *d*, substance de l'exostose ; *eee*, aiguilles osseuses de nouvelle formation.

Fig. 15. Tissu fibreux situé entre ces aiguilles osseuses.

PLANCHE CII.

TUMEURS FIBREUSES DE L'ÉPENDYME VENTRICULAIRE. — TUMEUR FIBREUSE DU CERVEAU. — KYSTE DU CERVELET. — TUMEURS ENCÉPHALOÏDES DES MÉNINGES. — CANCER DU CERVELET. — TUMEUR PROBABLEMENT SYPHILITIQUE DU CERVEAU.

Fig. 1. Tumeurs fibreuses des ventricules latéraux, ayant leur siége dans l'épendyme : on voit ces petites tumeurs, en *aaaaa*, disséminées à la surface ventriculaire.

Fig. 2-3. Tumeur fibreuse, guérie, du cerveau.

Fig. 2. Tumeur fibreuse du cerveau, ratatinée et calcifiée : *a*, la tumeur ; *bb*, la substance cérébrale ambiante ; *c*, la pie-mère hypérémiée tout autour, renfermant aussi des corps amyloïdes.

Fig. 3. Structure de la tumeur : *aa*, tissu fibreux ; *bb*, granules calcaires.

Fig. 4. Éléments de la paroi interne d'un kyste du cervelet : *aa*, cellules à noyau ; *bb*, cellules sans noyaux ; *cc*, cellules à noyaux, infiltrées de granules.

Fig. 5-10. Tumeur encéphaloïde des méninges.

Fig. 5. La tumeur avec son point d'implantation à la surface interne de la dure-mère : *aa*, face interne de la dure-mère ; *bb*, produits d'exsudation inflammatoire simulant le feuillet pariétal de l'arachnoïde ; *cc*, la tumeur cancéreuse ; *dd*, fragments du cerveau attachés à sa surface.

Fig. 6. La même tumeur coupée par le milieu : *aa*, dure-mère ; *bb*, enveloppe de la tumeur ; *cc*, substance de la tumeur ; *dd*, épanchement sanguin qui entoure les lobules de la tumeur.

Fig. 7. Portion du cerveau sur laquelle la tumeur avait été située : *aa*, filaments du tissu cérébral, qui avaient adhéré à la tumeur ; *bb*, cavité dans laquelle celle-ci avait été logée.

Fig. 8. Trame vasculaire de la substance de la tumeur.

Fig. 9. Éléments cellulaires cancéreux.

Fig. 10. Éléments hématiques globuleux de l'épanchement hémorrhagique.

Fig. 10 *a*. Cristaux hématiques du même épanchement.

Fig. 11. Éléments microscopiques d'un cancer du cervelet.

Fig. 12-18. Tumeur ancienne, probablement d'origine syphilitique, au centre ovale du cerveau.

Fig. 12. La tumeur intacte.

Fig. 13. La tumeur coupée par le milieu.

Fig. 14. Structure granuleuse de l'intérieur de la tumeur.

Fig. 15. Cristaux de cholestérine qui se trouvent à sa base.

Fig. 16-18. Détails de structure de la peau bistrée du front du même individu.

Fig. 16. Réseaux de pigment accumulés librement à la base et dans l'intervalle des papilles.

Fig. 17. Fragment de ce réseau plus fortement grossi.

Fig. 18. Infiltration pigmentaire du contenu cellulaire ou du noyau des cellules épidermiques.

PLANCHE CIII.

MÉNINGITE TUBERCULEUSE. — TUBERCULES CÉRÉBRAUX.

Fig. 1-3. Méningite tuberculeuse.

Fig. 1. Surface du cerveau montrant une méningite tuberculeuse : *aaa*, granulations tuberculeuses; *bb*, plaque tuberculeuse infiltrée.

Fig. 2. Tubercules miliaires entourés de vaisseaux : *aaa*, vaisseaux qui entourent les tubercules miliaires sans y pénétrer; *bb*, tubercules.

Fig. 3. Structure microscopique des granulations : *aaa*, éléments du tubercule; *bbb*, cellules épithéliales de la dure-mère; *ccc*, tractus fibreux dans l'intérieur de la granulation.

Fig. 4-9. Tubercules cérébraux.

Fig. 4, 5 et 6. Tubercules vus à l'œil nu.

Fig. 4. Infiltration tuberculeuse de forme allongée et irrégulière, *aa*; *b*, petit épanchement sanguin; *c*, ramollissement de la substance ambiante.

Fig. 5. Tubercule cérébral, *aa*, entouré d'un épanchement hémorrhagique qui a conservé sa coloration sanguine en *bb*, et qui offre une décoloration jaunâtre en *c*.

Fig. 6. Tubercule cérébral, *aa*, entouré d'un ramollissement gélatiniforme, *bb*.

Fig. 7 *A*, *B*. Corpuscules du tubercule provenant de deux tumeurs différentes.

Fig. 8. Petits vaisseaux du cerveau ayant subi l'altération granulo-graisseuse : *aa*, vaisseaux granuleux : *bb*, épithéliums granuleux des petits vaisseaux; *cc*, globules granuleux.

Fig. 9. Éléments pigmentaires et hématiques des foyers hémorrhagiques.

PLANCHE CIV.

TUBERCULES DU CERVEAU. — TUBERCULES DU CERVEAU ET DE LA DURE-MÈRE. — CYSTICERQUE DU CERVEAU. — PLAQUES CARTILAGINIFORMES DE L'ARACHNOÏDE SPINALE. — RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Fig. 1-2. Masse tuberculeuse considérable du cerveau. (Dessins communiqués par M. Voillez.)

Fig. 1. Tubercule vu d'en haut, à la surface de l'hémisphère : *aaa*, portion de la surface de l'hémisphère; *b*, masse tuberculeuse.

Fig. 2. La même masse tuberculeuse, vue sur une coupe du cerveau : *aaa*, coupe de l'hémisphère; *b*, masse tuberculeuse.

Fig. 3-4. Cysticerque du cerveau et plaques cartilaginiformes fibroïdes de l'arachnoïde spinale.

Fig. 3. Portion du cerveau montrant, en *aa*, des cysticerques.

Fig. 4. Plaques cartilaginiformes fibroïdes, *aaa*, de la surface externe de l'arachnoïde spinale.

Fig. 5-6. Ramollissement de la moelle épinière.

Fig. 5. La moelle épinière coupée dans le sens de la longueur : *aa*, partie ramollie très vasculaire; *bb*, partie ramollie, décolorée, pulpeuse, diffluente.

Fig. 6. Éléments microscopiques de la partie diffluente de la moelle épinière, fibres brisées et enroulées, granules et agminations granuleuses.

Fig. 7. Tubercule de la dure-mère : *aa*, dure-mère très vascularisée; *b*, surface du tubercule; *c*, intérieur du tubercule.

Fig. 8. Tubercule du cervelet : *aa*, substance du cervelet; *b*, tubercule.

Fig. 9. Tubercule de la pie-mère : *a*, pie-mère; *b*, tubercule.

Fig. 10. Corpuscules du tubercule.

PLANCHE CV.

ULCÈRES APHTHEUX, PETITE VÉROLE, CANCER DE L'ŒSOPHAGE. — GASTRITE CHRONIQUE.

Fig. 1. Ulcères aphtheux de l'œsophage, provenant d'un homme qui a succombé à un éléphantiasis étendu, avec engorgement de beaucoup de glandes lymphatiques : *aa*, engorgement des follicules de l'œsophage; *bb*, ulcères aphtheux, probablement d'origine folliculaire.

Fig. 2. Pustules de la petite vérole dans l'œsophage : *aa*, pustules isolées; *bb*, pustules confluentes et en partie ulcérées.

Fig. 3. Cancer de l'œsophage avec ulcération et communication anormale avec la trachée : *a*, langue; *b*, épiglotte; *c*, pharynx; *d*, partie supérieure de l'œsophage; *ee*, ulcère cancéreux; *f*, communication anormale dans la trachée.

Fig. 4-9. Inflammation chronique de l'estomac.

Fig. 4. L'estomac, de petite dimension, montre : en *aa*, des plis saillants; en *bb*, une injection plus générale et plus étendue; *cc*, injection tachetée autour de l'ouverture des follicules.

Fig. 5. Injection générale, grossie 20 fois.

Fig. 6. Injection autour des follicules : *aaa*, vaisseaux plus volumineux; *bbb*, réseaux terminaux, s'anastomosant les uns avec les autres.

Fig. 7. Follicules de la muqueuse stomacale, faiblement grossis : *a*, vaisseau sanguin; *bb*, follicules.

Fig. 8. Ouvertures des follicules entourées d'une imbibition sanguine : *aa*, ouvertures folliculaires; *bbb*, imbibition sanguine; *ccc*, granules et globules pigmentaires.

Fig. 9. Les follicules fortement grossis, avec leur épithélium nucléaire et leurs granules moléculaires.

PLANCHE CVI.

GASTRITE AIGUE ET CHRONIQUE.

Fig. 1. Gastrite aiguë survenue dans le cours d'une scarlatine : *aa*, rougeur inflammatoire plus générale; *bb*, taches rouges d'apparence ecchymotique, formées par des vaisseaux sanguins hypérémiés et très rapprochés les uns des autres; *cc*, plis de la muqueuse.

Fig. 2-5. Gastrite chronique avec état mamelonné, teinte ardoisée et dilatation de l'estomac.

Fig. 2. L'estomac ouvert et étendu, réduit aux deux tiers de sa grandeur naturelle : *a*, cardia et œsophage; *b*, valvule pylorique; *cc*, état mamelonné de la membrane muqueuse épaissie; *dd*, teinte ardoisée de la muqueuse.

Fig. 3 et 4. Glandules de l'estomac, grossies : *aa*, glandules successivement plus grossies; *bb*, granules pigmentaires noirs; *cc*, membrane muqueuse qui renferme ces éléments.

Fig. 5. Cul-de-sac glandulaire rempli en partie de pigment : *aa*, contours extérieurs; *bb*, granules et globules pigmentaires.

PLANCHE CVII.

ESTOMAC DANS LE CHOLÉRA. — ULCÈRES DE L'ESTOMAC.

Fig. 1. Ecchymoses de l'estomac dans le choléra : *aa*, grand cul-de-sac; *b*, valvules pyloriques; *cc*, plis saillants; *dd*, ecchymoses, soit isolées, soit confluentes.

Fig. 2. Ulcère chronique de l'estomac, avec adhérence au pancréas et perforation : *aa*, muqueuse stomacale épaissie et fortement injectée; *bb*, pancréas adhérant au fond de l'ulcère; *c*, endroit de la perforation, probablement par décollement d'anciennes adhérences au pancréas.

Fig. 3. Ulcère chronique simple de l'estomac, devenu mortel par d'abondantes hématémèses : *aaaa*, plis rayonnés de l'estomac, par suite des adhérences rétractées et anciennes; *bb*, pancréas auquel l'estomac est accolé; *c*, ulcère laissant à nu le pancréas, dont une des artères a été érodée et a fourni les hémorrhagies devenues mortelles.

Fig. 4. Ulcère chronique de l'estomac avec perforation et épaississement des tuniques sur le bord des ulcères : *a*, pylore; *bb*, ulcère; *c*, perforation; *dd*, coupe de la muqueuse épaissie du bord de l'ulcère; *ee*, tunique musculaire sous-jacente, fortement épaissie.

PLANCHE CVIII.

ULCÈRES DE L'ESTOMAC.

Fig. 1. Ulcères gastriques multiples : *aaa*, ulcères à fond pâle; *b*, ulcère à fond vivement injecté.

Fig. 2. Ulcères multiples de l'estomac : *aa*, ulcères non cicatrisés; *bb*, ulcère à cicatrice noirâtre; *cc*, muqueuse stomacale enflammée.

Fig. 3. Nombreuses ulcérations de l'estomac : *aaa*, ulcères à bords d'un gris ardoisé; *bbb*, ulcères cicatrisés aussi à bords grisâtres.

Fig. 4. Ulcères multiples de l'estomac chez un chien.

Fig. 5. Hypertrophie circonscrite des tuniques de l'estomac, *aa*; *b*, ulcère au milieu des parties hypertrophiées, qui sont aussi le siége d'érosions qui n'ont pas été du tout indiquées sur le dessin.

PLANCHE CIX.

ULCÈRES DE L'ESTOMAC.

Fig. 1. Ulcère cicatrisé de l'estomac chez une femme morte d'une fièvre typhoïde : *a*, rétrécissement médian de l'estomac à l'endroit de la cicatrice; *bb*, plis rayonnés de la cicatrice.

Fig. 2-5. Hypertrophie partielle des tuniques de l'estomac, du côlon et du rectum.

Fig. 2. Hypertrophie des tuniques de l'estomac : *aa*, coupes verticales des tuniques, montrant leur épaississement; *b*, pylore; *cc*, duodénum.

Fig. 3 et 4. Hypertrophie locale des tuniques du côlon ascendant.

Fig. 3. Le côlon dans toute sa longueur : *aa*, partie normale; *bb*, partie rétrécie par suite de l'hypertrophie des tuniques.

Fig. 4. Coupe verticale représentant l'épaississement des membranes : *a*, tunique péritonéale; *b*, musculaire; *c*, membrane muqueuse.

Fig. 5. Hypertrophie et rétrécissement de la partie supérieure du rectum : *a*, anus; *bb*, partie rétrécie et épaissie.

PLANCHE CX.

ULCÈRES. — CANCER DE L'ESTOMAC.

Fig. 1 et 2. Ulcère de l'estomac avec perforation suivie de péritonite.

Fig 1. L'ulcère stomacal, vu du côté de la membrane muqueuse : *a*, bord de l'ulcère; *b*, perforation.

Fig. 2. Face externe et péritonéale du pourtour de la perforation : *a*, perforation; *bb*, injection vasculaire avec imbibition sanguine; *cc*, fausses membranes.

Fig. 3. Cancer colloïde de la portion pylorique de l'estomac : *aa*, tissu cancéreux; *b*, pylore; *c*, duodénum.

Fig. 4 et 5. Tumeurs encéphaloïdes multiples de l'estomac, avec injection des artères en rouge et des veines en bleu, bien visibles sur les nombreuses coupes, *aaaa*.

PLANCHE CXI.

HYPERTROPHIE DU PYLORE. — CANCER COLLOÏDE DU PYLORE.

Fig. 1-5. Hypertrophie considérable du pylore, ayant simulé le cancer.

Fig. 1. La pièce dessinée de grandeur naturelle, montrant bien distinctement l'hypertrophie des tuniques du pylore : *a*, tunique péritonéale; *b*, tunique musculaire; *c*, membrane muqueuse; *d*, ouverture inférieure du pylore; *ee*, commencement du duodénum tacheté de noir; *f*, ouverture interne du pylore.

Fig. 2. Cellules épithéliales de la membrane muqueuse.

Fig. 3. Tunique musculaire hypertrophiée, entourée de fibres élastiques.

Fig. 4. Tissu fibreux.

Fig. 5. Fibro-cellules musculaires isolées.

Fig. 6-10. Cancer colloïde du pylore.

Fig. 6. Dessin de la pièce vue à l'œil nu : *b*, pylore; *c*, duodénum.

Fig. 7. Tissu colloïde faiblement grossi (10 fois) : *aa*, stroma fibreux ; *bb*, vacuoles.

Fig. 8. Restes de la tunique musculaire au milieu du tissu cancéreux, rendus transparents au moyen de l'acide acétique : *aa*, cellules musculaires ; *bb*, leurs noyaux.

Fig. 9. Stroma fibreux avec des alvéoles : *aaa*, stroma fibreux ; *bbb*, grandes cellules multinucléaires ; *ccc*, noyaux isolés ; *d*, cellule à noyau ; *e*, son noyau.

Fig. 10. Stroma fibreux compacte, sans alvéoles, contenant les mêmes éléments cellulaires, avec la même signification des lettres.

PLANCHE CXII.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Fig. 1. Intestin grêle de la fièvre typhoïde à son début : *aaa*, glandes agminées de Peyer ; *bbb*, glandes isolées ; *cc*, valvule iléo-cæcale ; *dd*, cæcum. (Dessin communiqué par M. le docteur Lombard, de Genève.)

Fig. 2. Altération de l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde. Éléments microscopiques des glandes de Peyer et des glandes mésentériques chez un malade qui a succombé au bout de huit jours : *aaa*, cellules isolées et noyaux ; *bbb*, cellules à noyaux multiples des glandes mésentériques ; *c*, masse accumulée de noyaux.

Fig. 3 et 4. Intestin grêle de la fièvre typhoïde, après quinze jours de la maladie, avec dessins microscopiques.

Fig. 3. Intestin grêle vu à l'œil nu : *aa*, partie inférieure de l'intestin grêle ; *bb*, valvule iléo-cæcale ; *cc*, cæcum ; *dd*, appendice vermiforme ; *ee*, glandes de Peyer engorgées et réticulaires ; *ff*, petits ulcères folliculaires ; *gg*, glandes isolées engorgées ; *hh*, glandes mésentériques engorgées.

Fig. 4. Éléments microscopiques de la pièce de la fig. 3 : *A*, ceux des glandes intestinales ; *B*, ceux des glandes mésentériques.

Fig. 5–8. Intestin grêle typhoïde avec des ulcères profonds.

Fig. 5. Partie inférieure de l'intestin grêle : *a*, intestin grêle ; *b*, valvule iléo-cæcale ; *c*, cæcum ; *d*, appendice vermiculaire ; *e*, masse ulcéreuse étendue de forme irrégulière ; *f*, ulcères folliculaires.

Fig. 6-8. Dessins microscopiques.

Fig. 6. Villosités faiblement grossies.

Fig. 7. Morceau de villosité fortement grossi, montrant l'absence d'épithélium, et çà et là quelques cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Fig. 8. Éléments microscopiques isolés : *aa*, cellules et noyaux de glandes de Peyer ; *b*, cristaux.

PLANCHE CXIII.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Fig. 1 et 2. Ulcères typhoïdes de la fin de la troisième semaine : *a*, ulcère arrondi ; *b*, ulcère à bords irréguliers ; *cc*, ulcères folliculaires.

Fig. 3-6. Intestin de fièvre typhoïde mortelle en seize jours.

Fig. 3. Intestin grêle très hypérémié, montrant quelques plaques molles, saillantes et des ulcères commençants, entourés de beaucoup d'arborisations vasculaires.

Fig. 4. Portion d'intestin plus rapprochée de la valvule iléo-cæcale, montrant beaucoup d'ulcères avec hypérémie ambiante, en bas violacée, avec infiltration sanguine.

Fig. 5. Portion de mésentère montrant des glandes mésentériques violacées.

Fig. 6. Portion de muqueuse avec fragments de villosités dépourvus d'épithélium.

Fig. 7-8. Perforation de l'intestin grêle dans la fièvre typhoïde, après vingt-neuf jours de durée.

Fig. 7. L'intestin vu par sa face interne : *aa*, partie inférieure de l'intestin grêle ; *bb*, valvule iléo-cæcale ; *cc*, cæcum ; *dd*, ulcères ; *e*, vaste ulcère dans le cæcum ; *f*, ulcère qui a fourni la perforation ; *g*, perforation.

Fig. 8. Intestin à l'endroit de la perforation, vu par sa face externe : *a*, perforation ; *b*, injection inflammatoire ; *cc*, fausses membranes.

PLANCHE CXIV.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Fig. 1-6. Intestin et glandes mésentériques de la fièvre typhoïde à la fin de la troisième semaine.

Fig. 1. Portion de l'intestin grêle : *aaa*, plaques molles; *bbb*, ulcères.

Fig. 2 et 3. Glandes mésentériques rouges et engorgées et mésentère fortement hypérémié.

Fig. 4 et 6. Éléments microscopiques du tissu des plaques molles.

Fig. 5. Cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Fig. 7 et 8. Intestin de la fièvre typhoïde, après trente-huit jours de durée, les ulcères étant cicatrisés ou en voie de l'être.

Fig. 7. Partie inférieure de l'intestin grêle : *a*, ulcère non en voie de réparation; *bb*, petits ulcères folliculaires; *cc*, ulcères en voie de cicatrisation; *dd*, ulcères cicatrisés; *ee*, teinte ardoisée de la muqueuse.

Fig. 8. Tissu cicatriciel finement granuleux : *aa*, vaisseaux; *bb*, granules pigmentaires.

Fig. 9-11. Intestin de la fièvre typhoïde avec plusieurs perforations, après plus de trois mois de durée.

Fig. 9. Petite perforation, *b*, au milieu d'un ulcère non cicatrisé, *a*.

Fig. 10 : *a*, ulcère; *b*, grande perforation au fond; *cc*, d'autres ulcères.

Fig. 11 : *a*, perforation de grande dimension; *bb*, d'autres ulcères non en voie de réparation.

Fig. 12, et pl. CXV, fig. 1. Perforation et péritonite dans la fièvre typhoïde, après vingt-six jours de durée. Partie interne de l'intestin : *a*, ulcère ordinaire; *b*, ulcère montrant en *c* une petite perforation.

PLANCHE CXV.

Fig. 1. Portion du péritoine pariétal, montrant tous les signes d'une péritonite récente.

Fig. 2-5. Rectum et foie d'une femme morte de la fièvre typhoïde après trois mois et demi de durée.

Fig. 2. Partie inférieure du rectum : *aa*, petits ulcères; *bb*, ulcères semblables cicatrisés; *cc*, fistule recto-vaginale.

Fig. 3. Foie gras couvert à la surface du péritoine avec fausses membranes.

Fig. 4. Coupe et tissu de ce foie gras.

Fig. 5. Éléments microscopiques de ce foie gras : *A*, vu avec un faible grossissement; *B*, les cellules du foie, plus fortement grossies, remplies presque de gouttelettes de graisse.

Fig. 6. Gastro-entérite chronique; portion de l'intestin avec rougeur pâle et ramollissement de la muqueuse, et beaucoup d'injections vives partielles : *aaa*, injection diffuse; *bbb*, injection autour des follicules.

Fig. 7-11. Intestin de choléra mortel au bout de vingt-quatre heures.

Fig. 7. Dessin vu à l'œil nu : *aa*, plaques de Peyer tuméfiées et infiltrées; *bb*, glandes isolées; *c*, valvule iléo-cæcale; *d*, cæcum.

Fig. 8-11. Éléments microscopiques.

Fig. 8. Villosités intestinales dépouillées de leur épithélium.

Fig. 9. Villosité plus fortement grossie, sans épithélium.

Fig. 10. Contenu granulo-graisseux d'une villosité.

Fig. 11. Éléments des évacuations alvines cholériques : épithéliums cylindriques, gouttelettes de graisse, noyaux épithéliaux.

PLANCHE CXVI.

CHOLÉRA. — DYSENTÉRIE CHRONIQUE.

Fig. 1-3. Intestin de choléra mortel au bout de vingt heures.

Fig. 1. Intestin grêle dans sa partie inférieure : *aa*, glandes agminées de Peyer, engorgées et réticulaires ; *bbbb*, glandes isolées.

Fig. 2. Glandes de l'intestin grêle engorgées et réticulaires : *a*, glande de Peyer ; *b*, glandes isolées.

Fig. 3. Portion d'une glande de Peyer montrant les ouvertures grossies des follicules en *aaa*, donnant à la glande l'aspect réticulaire.

Fig. 4. Intestin de choléra devenu mortel au bout de vingt heures : *a*, portion inférieure de l'intestin grêle ; *b*, valvule iléo-cæcale ; *d*, appendice vermiculaire ; *e*, glande de Peyer engorgée, parsemée de petites ecchymoses ; *f*, follicules isolés engorgés ; *g*, injection et infiltration ecchymotique dans le cæcum.

Fig. 5. Gros intestin d'une femme tuberculeuse et atteinte de maladie de Bright ; ce côlon est parsemé de nombreux ulcères ; toutes les tuniques sont épuisées autour des pertes de substance.

PLANCHE CXVII.

CHOLÉRA. — DYSENTÉRIE CHRONIQUE.

Fig. 1 et 2. Intestin de choléra asiatique mortel au bout de vingt-quatre heures.

Fig. 1. Intestin grêle : *a*, sa partie inférieure ; *b*, valvule ; *c*, cæcum ; *d*, appendice ; *e*, injection vive ; *f*, glande agminée considérablement infiltrée, d'un aspect presque homogène, très saillante ; *g*, follicules isolés.

Fig. 2. Partie du côlon : *a*, injection vasculaire ; *bb*, follicules isolés très engorgés.

Fig. 3-6. Intestin de choléra après trois jours et demi de durée.

Fig. 3 : *aa*, glandes de Peyer très engorgées et à l'état réticulaire ; *bb*, hypérémie veineuse tout autour.

Fig. 4. Même altération avec imbibition hémorrhagique générale.

Fig. 5. Glandules du côlon engorgées, *aa*.

Fig. 6. Côlon *aa*, montrant en *bb* des infiltrations sanguines.

Fig. 7, et pl. CXVIII, fig. 1 et 2. Dysentérie chronique.

Fig. 7. Partie interne du côlon montrant en *aaa* des ulcères, et en *bbb* des ecchymoses.

PLANCHE CXVIII.

DYSENTÉRIE. — ULCÈRES DU DUODÉNUM. — DIVERTICULE INTESTINAL.

Fig. 1 et 2. Partie inférieure du côlon et du rectum : *aaa*, groupes de glandules engorgées ; *bbb*, follicules engorgés plus isolés et volumineux ; *ccc*, ulcères de petite dimension.

Fig. 3 et 4. Intestin dysentérique.

Fig. 3 : *aa*, ulcères folliculaires ; *bb*, ulcères.

Fig. 5. Ulcérations nombreuses de la partie supérieure de l'intestin grêle : *aaa*, valvules conniventes, tuméfiées et saillantes ; *bbb*, ulcères.

Fig. 6. Diverticule intestinal : *aa*, intestin grêle ; *b*, diverticule ; *ccc*, trois angles arrondis dans lesquels le diverticule se termine.

PLANCHE CXIX.

ÉTRANGLEMENTS MULTIPLES DE L'INTESTIN GRÊLE. — PERFORATION DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL. — ULCÈRE CHRONIQUE DU CÔLON.

Fig. 1-3. Étranglements multiples de l'intestin grêle, par suite d'anciennes brides péritonitiques, qui ont provoqué un étranglement intestinal multiple.

Fig. 1. Partie énormément dilatée de l'intestin grêle, au-devant de l'étranglement : *aa*, parois de l'intestin ; *bb*, ulcères.

Fig. 2. Zones d'ulcères correspondants aux étranglements : *aaa*, places où, extérieurement, il y avait étranglement ; *bb*, ulcères.

Fig. 3. Partie de l'intestin grêle renfermant un diverticule : *a*, diverticule; *b*, son ouverture intestinale.

Fig. 4. Perforation double de l'appendice iléo-cæcal : *a*, cæcum; *b*, appendice; *cc*, deux petites perforations.

Fig. 5, et pl. CXX, fig. 1. Ulcère chronique simple du côlon avec perforation. Côlon vu par sa face interne : *aa*, côlon ; *b*, ulcère entouré d'une rétraction rayonnée des tissus comme par suite d'une cicatrice.

PLANCHE CXX.

ULCÈRE SIMPLE DU CÔLON. — PERFORATION DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL. — HYPERTROPHIE DES PLAQUES DE PEYER.

Fig. 1. Côlon vu par sa face externe : *a*, perforation, peut-être par décollement d'une adhérence cicatricielle; *bb*, injection vasculaire vive, suite de péritonite aiguë.

Fig. 2-4. Perforation de l'appendice iléo-cæcal.

Fig. 2. La pièce vue dans son ensemble : *aa*, cæcum; *b*, surface externe du cæcum vivement injectée; *c*, appendice; *d*, inflammation diphthéritique; *e*, petits ulcères; *f*, perforations.

Fig. 3. Surface externe de l'appendice : *a*, injection vasculaire; *b*, fausses membranes; *c*, perforations.

Fig. 4. Concrétion calculeuse trouvée dans l'appendice : *a*, surface externe; *b*, coupe montrant la disposition par couches concentriques.

Fig. 5. Perforation de l'appendice iléo-cæcal. Côlon et appendice : *aa*, cæcum ; *b*, appendice vermiculaire; *c*, inflammation diphthéritique de sa partie inférieure; *d*, petite perforation.

Fig. 6. Perforation multiple de l'appendice iléo-cæcal : *aa*, cæcum; *b*, appendice; *c*, ulcérations; *ddd*, perforations multiples.

Fig. 7. Hypertrophie des plaques de Peyer saillantes, occupées par une hypertrophie fibreuse : *aa*, intestin grêle; *bb*, hypertrophie fibreuse des plaques de Peyer.

PLANCHE CXXI.

HYPERTROPHIE DES VILLOSITÉS DE L'INTESTIN GRÊLE. — POLYPES DU RECTUM.

Fig. 1 et 2. Hypertrophie des villosités de l'intestin grêle et ulcérations folliculaires.

Fig. 1. Hypertrophie des villosités : *a*, cæcum; *b*, valvule iléo-cæcale; *ccc*, groupe de villosités hypertrophiées disposées par îlots ou par bandes transversales; *d*, plaque de Peyer à l'état réticulaire.

Fig. 2. Côlon : *aa*, ses parois; *bb*, ulcères folliculaires.

Fig. 3-6. Polypes du rectum.

Fig. 3. Deux petites tumeurs, *a* et *b*, de grandeur naturelle.

Fig. 4 et 5. Groupes de glandules : *aaa*, glandules; *bb*, vaisseaux sanguins.

Fig. 6. Glandule grossie : *aa*, paroi; *bb*, épithélium cylindrique de la partie périphérique de sa face interne; *cc*, épithélium pavimenteux du centre.

PLANCHE CXXII.

POLYPES DU CÔLON ET DU RECTUM. — PERFORATION TUBERCULEUSE DE L'INTESTIN GRÊLE.

Fig. 1 et 2. Polypes multiples du côlon et du rectum.

Fig. 1. Côlon : *aaa*, petites tumeurs polypeuses.

Fig. 2. Rectum : *a*, anus; *bb*, rectum; *ccc*, petites tumeurs polypeuses.

Fig. 3-5. Perforation tuberculeuse de l'intestin grêle.

Fig. 3. Cæcum et intestin grêle criblés d'ulcères : *a*, cæcum; *b*, appendice vermiculaire; *c*, ulcère de l'appendice; *dd*, ulcères tuberculeux.

Fig. 4. Ulcère intestinal, *a*, montrant en *b* une petite perforation; *cc*, ulcères folliculaires.

Fig. 5. Partie externe de l'intestin perforé : *a*, perforation; *bb*, péritonite ambiante.

PLANCHE CXXIII.

CALCUL INTESTINAL. — PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — CANCER COLLOÏDE DE L'S ILIAQUE.

Fig. 1 et 2. Calcul intestinal dont le dessin est copié d'une collection de dessins anatomo-pathologiques publiée à Stockholm.

Fig. 1. Le calcul vu par sa surface, montrant à sa partie inférieure une portion qui correspond à l'appendice vermiculaire.

Fig. 2. Le même calcul coupé par le milieu, montrant des couches concentriques.

Fig. 3 et 4. Péritonite tuberculeuse avec foie gras.

Fig. 3. Foie gras avec granulations tuberculeuses à la surface de la vésicule du fiel : *aa*, foie gras; *b*, vésicule biliaire; *cc*, granulations tuberculeuses.

Fig. 4. Périentérite tuberculeuse : *aa*, intestin grêle; *bb*, mésentère; *ccc*, granulations tuberculeuses; *ddd*, injection vasculaire vive autour des granulations.

Fig. 5-9, et pl. CXXIV, fig. 1-4. Cancer colloïde de l'S iliaque et des glandes mésentériques.

Fig. 5. Tissu cancéreux colloïde de la face interne de l'S iliaque.

Fig. 6-9. Glandes lymphatiques abdominales colloïdes, vues par leur surface ou sur une coupe fraîche.

PLANCHE CXXIV.

CANCER COLLOÏDE DE L'S ILIAQUE. — TÆNIA SOLIUM. — FOIE GRAS. — DIPHTHÉRITE DE LA VÉSICULE DU FIEL. — CALCULS BILIAIRES. HYDROPISIE DE LA VÉSICULE DU FIEL.

Fig. 1. Cellules à noyau simple, double ou à noyaux multiples, composées de lamelles concentriques dans leurs parois.

Fig. 2. Cellules complètes entourées de lamelles concentriques.

Fig. 3. Cellules à noyaux multiples, très volumineuses, à parois lamelleuses.

Fig. 4. Tissu fibroïde aréolaire, renfermant des éléments cellulaires.

Fig. 5 et 6. *Tœnia solium* dans sa partie céphalique, tel qu'on le voit rendre le plus souvent lorsque le ver paraît avoir déjà un certain âge.

Fig. 5. Extrémité céphalique de grandeur naturelle.

Fig. 6. Extrémité céphalique grossie : *aa*, suçoirs; *bb*, pigment noir; *c*, endroit de l'insertion des crochets, qui manquent complétement.

Fig. 7 et 8. Foie gras.

Fig. 7. Foie gras, surface : *aa*, tissu gras du foie; *bb*, parties du péritoine qui renferment des granulations tuberculeuses jaunes.

Fig. 8. Coupe du foie gras.

Fig. 9. Ulcères diphthéritiques de la vésicule du fiel avec perforation chez un malade atteint de fièvre typhoïde : *aa*, substance du foie; *bb*, vésicule du fiel; *c*, conduit cystique; *dd*, ulcères de la muqueuse de la vésicule; *e*, ulcère perforé.

Fig. 10. Calcul biliaire observé dans le moment où il est enclavé dans le conduit cholédoque, chez une femme morte d'un empoisonnement par l'arsenic : *a*, partie supérieure du conduit cholédoque; *b*, partie inférieure; *c*, on voit au coude du conduit un calcul enclavé; *ddd*, d'autres calculs renfermés dans la vésicule.

Fig. 11. Hydropisie de la vésicule du fiel : *aa*, foie; *bb*, vésicule; *c*, partie très hypérémiée de la surface de la vésicule.

PLANCHE CXXV.

RAMOLLISSEMENT DU FOIE. — ABCÈS DU FOIE. — HÉPATITE SUPPURÉE CALCULEUSE. — INFLAMMATION DE LA VEINE PORTE CHEZ UN CHIEN.

Fig. 1-4. Ramollissement jaune du foie avec engorgement considérable.

Fig. 1. Surface du foie.

Fig. 2. Coupe du foie.

Fig. 3. Amas de cellules faiblement grossies : *aa*, cellules; *bb*, pigment biliaire.

Fig. 4. Cellules du foie plus fortement grossies devenues presque méconnaissables par l'altération graisseuse.

Fig. 5. Abcès multiples du foie : *aa*, surface; *bb*, intérieur; *ccc*, abcès.

Fig. 6. Inflammation suppurative du foie et des conduits biliaires par suite de l'agglomération de calculs dans les conduits hépatiques : *aa*, surface du foie; *bb*, intérieur; *cc*, foyers purulents; *dd*, calculs remplissant les conduits biliaires.

Fig. 7. Portion du foie d'un chien chez lequel l'injection de mercure, dans la veine porte, a provoqué une phlébite suppurée : *a*, surface du foie; *b*, intérieur; *c*, branche de la veine porte remplie de pus; *dd*, coupe de la veine porte, montrant du pus autour d'un globule de mercure.

PLANCHE CXXVI.

ABCÈS DU FOIE. — CIRRHOSE DU FOIE.

Fig. 1. Infiltration purulente et abcès du foie : *aa*, surface ; *bb*, coupe ; *cc*, places infiltrées de pus ; *dd*, abcès à pus confluent.
Fig. 2-4. Cirrhose du foie.
Fig. 2. Tout l'organe présenté de grandeur naturelle.
Fig. 3. Coupe grossie du tissu, montrant des granulations jaunâtres.
Fig. 4. Cellules du tissu hépatique renfermant beaucoup d'éléments de graisse.

PLANCHE CXXVII.

HYPERTROPHIE DU FOIE. — CIRRHOSE DU FOIE. — ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE HÉPATIQUE.

Fig. 1-3. Hypertrophie du foie.
Fig. 1. Surface du foie, colorée, montrant une assez forte hypérémie dessinée sur la portion du bord tranchant, paraissant presque globuleuse et très massive.
Fig. 2. Coupe du tissu hypertrophié du foie, montrant, outre l'hypérémie générale, des places plus fortement gorgées de sang.
Fig. 3. Coupe du tissu hépatique, constituée par une tranche très mince.
Fig. 4 et 5. Cirrhose du foie.
Fig. 4. L'organe de grandeur naturelle, telle qu'elle a été constatée à l'autopsie, mais bien au-dessous de l'état normal : *aa*, diamètre transversal du foie ; *bb*, surface péritonéale du foie très hypérémié ; *cc*, groupes de granulations volumineuses de couleur vert-olive ; *d*, vésicule du fiel.
Fig. 5. Coupe du tissu hépatique, mélangée de couleur orange et verte.
Fig. 5-8. Anévrysme de l'artère hépatique.
Fig. 6. L'anévrysme vu à la partie inférieure du foie : *aa*, diamètre transversal ; *bb*, diamètre dans le sens de la hauteur : *cc*, parois du sac anévrysmal ouvert et replié en arrière, pour faire voir en *dd* les caillots fibrineux qui remplissent le sac.
Fig. 7. Sac anévrysmal fermé.
Fig. 8. Sac anévrysmal ouvert, dépouillé à sa face interne des caillots qui le remplissaient.

PLANCHE CXXVIII.

CANCER DU FOIE.

Fig. 1. Cancer du foie : *aa*, tumeurs isolées ; *bb*, tumeurs disposées par groupes ; *c*, tumeur pédiculée ; *dd*, hypérémie de la surface péritonéale du foie.
Fig. 2. Cancer du foie : *aa*, surface du foie ; *bb*, coupe ; *cc*, tumeur cancéreuse d'un blanc jaunâtre ; *d*, tumeur encéphaloïde en partie hémorrhagique ; *e*, tumeur cancéreuse rétractée.

PLANCHE CXXIX.

CANCER KYSTEUX DU FOIE. — CANCER DU FOIE ET DU POUMON CHEZ UN CHIEN.

Fig. 1. Cancer kysteux du foie : *aa*, coupe du foie; *bb*, tissu hépatique sain; *cc*, tissu cancéreux; *dd*, cavité traversée par une charpente trabéculaire.

Fig. 2-7. Cancer du foie et du poumon chez un chien, avec injection artificielle des artères en rouge et des veines en bleu.

Fig. 2. Tumeurs cancéreuses de la surface du foie, couvert et parcouru d'artères et de veines.

Fig. 3 et 4. Coupes du tissu hépatique cancéreux et injecté.

Fig. 5. Portion du poumon parsemée de tubercules cancéreux.

Fig. 6. Cellules cancéreuses provenant du foie.

Fig. 7. Tissu aréolaire du poumon tout infiltré d'éléments cancéreux.

PLANCHE CXXX.

CANCER DE LA VÉSICULE DU FIEL. — MALADIES DE LA RATE.

Fig. 1. Cancer de la vésicule du fiel : *aa*, coupe du tissu hépatique; *bb*, tissu cancéreux occupant la place et la forme de la vésicule du fiel; *c*, calcul biliaire dans un des conduits hépatiques dilatés.

Fig. 2. Rate très hypertrophiée, avec épaississement considérable de son enveloppe fibreuse; le tissu est devenu plus rouge, par suite de l'accès de l'air, qu'il n'était au moment de l'autopsie.

Fig. 3 et 4. Rate indurée et engorgée.

Fig. 3. La rate représentée dans sa totalité.

Fig. 4. Un morceau de la rate montrant, sur une coupe fraîche, un réseau de tissu cellulaire hypertrophié, fibreux et fibro-plastique.

Fig. 5-8. Engorgement des vésicules de Malpighi.

Fig. 5 et 6. Tissu de la rate renfermant des vésicules engorgées.

Fig. 7. Corps volumineux entouré de tissu splénique.

Fig. 8. Corps semblables, isolés ou encore pédiculés.

PLANCHE CXXXI.

ALTÉRATION PARTICULIÈRE DE LA RATE. — CANCER DE L'ESTOMAC ET DE LA RATE. — CANCER ÉPIPLOÏQUE AVEC FAUSSES MEMBRANES INJECTÉES.

Fig. 1. Altération de la rate par suite de l'oblitération de l'artère splénique : *a*, aorte; *b*, artère splénique; *cc*, caillot obturant cette artère; *dd*, tissu splénique profondément altéré; *eeee*, portions intactes du tissu de la rate.

Fig. 2. Cancer de l'estomac et de la rate ; *aaaa*, coupe de la rate ; *bb*, partie cancéreuse de la rate ; *c*, partie non cancéreuse ; *d*, cancer de la partie splénique de l'estomac.

Fig. 3-6. Cancer de l'épiploon, avec injection des artères et des veines. Voyez aussi planche CXXXII.

Fig. 3. Coupe du tissu, pour montrer les deux ordres de vaisseaux.

Fig. 4 et 5. Éléments microscopiques du cancer épiploïque.

Fig. 6. Portion de fausse membrane à la surface de la partie cancéreuse, offrant une injection artificielle des artères et des veines.

PLANCHE CXXXII.

CANCER DE L'ÉPIPLOON.

Cancer de l'épiploon avec injection des artères en rouge et des veines en bleu, par MM. Lebert et Ch. Robin : *aa*, côlon; *bb*, épiploon cancéreux avec injection vasculaire artificielle; *cc*, artères épiploïques; *dd*, veines épiploïques; *ee*, réseaux veineux superficiels du tissu morbide; *ff*, réseaux artériels superficiels du tissu morbide.

PLANCHE CXXXIII.

D'après M. le professeur Frerichs.

Fig. 1 et 2. Foie atteint de rétention biliaire.

Fig. 1. Coupe du foie atteint de rétention biliaire par suite d'obstruction du conduit cholédoque. Le parenchyme est coloré en brun verdâtre, les centres des lobules sont d'un brun noirâtre. Les conduits biliaires sont très dilatés; leurs parois, ainsi que leurs enveloppes, paraissent considérablement épaissies.

Fig. 2. Coupe fine de ce foie, grossie 80 fois. Le pigment biliaire se trouve principalement accumulé dans le voisinage des veines centrales; on trouve disséminés des granules bruns qu'un plus fort grossissement fait reconnaître comme cellules du foie imbibées de matière colorante de la bile, comme amas globuleux ou rameux de pigment biliaire. On voit en *a* et *b* les parois des conduits biliaires notablement épaissies; tout à côté, on voit des figures brunes et allongées, probablement les conduits biliaires les plus fins, remplis de bile stagnante.

Fig. 3. Cellules du foie imprégnées de bile, renfermant, pour la plupart, des granules jaunes ou bruns, isolés ou groupés; le noyau n'est visible que dans un petit nombre. D'autres cellules renferment des dépôts plus volumineux, globuleux, anguleux, rameux, de couleur jaune, brune ou verte. Quelques cellules contiennent la matière colorante, distribuée d'une manière plus uniforme. Le noyau paraît, là où il est visible, ou pâle, ou jaunâtre, ou verdâtre.

Fig. 4 et 5. Coupes du foie atteint d'hépatite diffuse, ou ictère grave, ou atrophie jaune.

Fig. 4. Coupe du lobe droit, montrant la maladie à l'état naissant. Le foie est hypérémié, ecchymosé par places. Les lobules sont entourés d'un liséré vasculaire fortement injecté; leur milieu est d'un jaune citron, ils sont séparés les uns des autres par une substance d'un gris sale. L'injection vasculaire augmente vers le bord tranchant du foie, les lobules jaunes deviennent plus petits, les interstices gris sont plus larges.

Fig. 5. Coupe du lobe gauche, montrant le mal plus avancé. La surface est d'un jaune d'ocre uniforme, qui montre des figures ramifiées plus claires; il n'y a plus trace d'injection vasculaire.

Fig. 6-8. Éléments microscopiques des pièces précédentes.

Fig. 6. Tissu du foie ramolli : *aa*, aiguilles de tyrosine; *bb*, détritus de cellules hépatiques.

Fig. 7. Cristaux de tyrosine qui se sont déposés dans la décoction refroidie du foie : *aa*, globes cristallins imbibés de matière colorante; *bb*, aiguilles cristallines.

Fig. 8. Leucine et tyrosine du foie ramolli par suite de la stagnation biliaire : *aa*, leucine; *bb*, leucine et tyrosine.

Fig. 9. Foie gras avancé injecté par les veines hépatiques et par la veine porte. On voit, autour des ramifications de la veine porte, un liséré dense de cellules remplies de graisse. On y voit en outre un lobule avec deux veines centrales.

Fig. 10. Coupe d'un foie gras au plus haut degré. Le tissu du foie est d'un jaune pâle; les rameaux des veines hépatiques, coupés en différents sens, forment un réseau d'un brun rougeâtre, tandis que les ramifications de la veine porte ne sont visibles que comme des lignes rougeâtres ramifiées. Par places, on voit, surtout autour des veines hépatiques, une couleur jaune due à l'accumulation du pigment biliaire.

Fig. 11. Coupe d'un foie fortement pigmenté et atrophié, grossie 10 fois. Le tissu du foie est d'un gris noirâtre; les ramifications des veines hépatiques font saillie sous forme de dessins d'un brun rougeâtre, tandis que les pourtours des rameaux fins de la veine porte sont plus clairs et offrent un aspect ponctué gris.

Fig. 12-15. Foie pigmenté ou mélanémie du foie.

Fig. 12. Coupe d'un foie mélanémique. L'organe offre un aspect couleur de chocolat; on voit des figures d'un rouge brun sur le fond d'un gris noirâtre; ces figures sont les pourtours des veines hépatiques hypérémiées et riches en pigment biliaire.

Fig. 13. Pigment provenant de la veine porte : *aa*, pigment provenant de son tronc; épithélium vasculaire pigmenté de noir, rond ou fusiforme, avec des noyaux; d'autres, plus jeunes, sont d'un rouge brun; à côté d'eux, on voit des globules du sang normaux : *a*, pigment provenant de la veine splénique; *b*, plaques pigmentées cylindriques; *c*, amas pigmentés, plus fortement colorés, de la veine splénique.

Fig. 14. Coupe fine d'un morceau de foie cuit et traité avec une solution de potasse. Le pigment se trouve essentiellement dans les capillaires, entre les cellules du foie, jusqu'à la veine centrale (grossissement de 280 fois).

Fig. 15. Coupe du foie obtenue par le même procédé, grossie 90 fois; le pigment est fixé, pour la plupart, dans les veines interlobulaires; il n'y en a que peu dans les vaisseaux et lobules.

PLANCHE CXXXIV.

Fig. 1 et 2. Dessins faits pour représenter la différence qui existe entre le renversement du rectum et les hémorrhoïdes.

Fig. 1. Renversement du rectum vu de face, avec le plissement uniforme de la muqueuse, moins prononcé à la circonférence *aa* qu'au centre *bb*.

Fig. 2. Profil du renversement, pour en montrer la saillie en *cc*.

Fig. 3. Bourrelet hémorrhoïdal très complexe dans sa forme, présentant des tumeurs multiples peu développées, excepté au pourtour en *a* et *b*. La muqueuse a conservé sa couleur. C'est le premier degré de formation des tumeurs hémorrhoïdales multiples de la marge de l'anus.

Fig. 4. Bourrelet hémorrhoïdal ancien, formé de deux tumeurs. Celle du côté droit *a* est en partie flétrie, comme l'indiquent les plis rayonnés de la marge de l'anus, que l'on aperçoit autour. La tumeur gauche *b* est en partie privée de la muqueuse, et présente une ulcération près de l'ouverture de l'anus.

Fig. 5 et 6. Bourrelet hémorrhoïdal, trouvé sur le cadavre d'un homme âgé de quarante ans.

Fig. 5. La pièce vue sans dissection préalable, montrant trois tumeurs hémorrhoïdales volumineuses.

Fig. 6. La dissection de cette pièce a été faite par M. le docteur E.-Q. Le Gendre, prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris. La muqueuse, avec les parties sous-jacentes, est étendue à plat. En *aa*, la membrane muqueuse est conservée; en *bb*, jusqu'au bas du dessin, elle est enlevée, et l'on voit ainsi, en *cc*, des veines variqueuses remplies uniformément dans une grande étendue de leur trajet terminal, et présentant ainsi un certain nombre de renflements sacciformes.

Fig. 7 Bourrelet hémorrhoïdal commençant, provenant d'un homme âgé de trente-huit ans, atteint d'hémorrhagies depuis cinq mois, soulagé par des lavements astringents. Les tumeurs n'ont pu être aperçues que lorsque le malade a poussé.

Fig. 8. Bourrelet hémorrhoïdal consistant en tumeurs multiples, existant depuis vingt ans, chez un homme âgé de quarante ans.

PLANCHE CXXXV.

Fig. 1. Dissection faite par M. le docteur E.-Q. Le Gendre, d'un bourrelet hémorrhoïdal trouvé sur le cadavre d'une vieille femme. Du côté *aaa*, la muqueuse a été enlevée, pour montrer la disposition des veines dont l'injection est naturelle; elles sont remplies par le sang coagulé. On voit nettement que c'est à l'extrémité de ces vaisseaux, dans leurs capillaires *ccc*, que se trouvent des renflements variqueux remplis de sang coagulé; du côté *bb*, la muqueuse est conservée.

Fig. 2. Bourrelet hémorrhoïdal circulaire existant depuis dix ans.

Fig. 3. Bourrelet hémorrhoïdal sorti et apparent depuis dix-sept ans, montrant, en *aa*, la muqueuse anale ulcérée.

Fig. 4. Bourrelet hémorrhoïdal avec tumeurs multiples et pédiculées; la muqueuse anale est ulcérée vers le centre *aaa*.

Fig. 5. Bourrelet hémorrhoïdal très développé et entièrement sorti; les plis rayonnés de l'anus forment à l'entour une saillie considérable : *aa*, les tumeurs hémorrhoïdaires sont très congestionnées.

Fig. 6. Profil de la même tumeur hémorrhoïdaire que la fig. 5, pour montrer la saillie qu'elle forme au dehors de la marge de l'anus. Cette disposition a été dessinée pendant que le malade faisait des efforts de défécation pour maintenir ainsi la tumeur sortie au delà de l'action des sphincters.

Fig. 7. Tumeurs hémorrhoïdales anciennes, flétries et plus récentes : *aaa*, trois tumeurs plates formées par la peau, flétries, qui sont les restes d'hémorrhoïdes anciennes; *bb*, tumeurs hémorrhoïdales plus récentes.

N. B. Les dessins des planches CXXXIV et CXXXV avaient été exécutés sous la direction de M. le baron Philippe Boyer, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, avec le concours d'un de ses élèves les plus distingués, M. le docteur E.-Q. Le Gendre, prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. M. Boyer avait entrepris d'importantes recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement des hémorrhoïdes. Des observations avaient été recueillies et de beaux dessins avaient été faits par ses soins; avant d'avoir pu réunir tous les matériaux d'une monographie qui aurait jeté un nouveau jour sur la nature et le traitement des hémorrhoïdes, M. le baron Boyer a été enlevé à la science en mars 1858. Nous remercions madame la baronne Boyer d'avoir bien voulu nous permettre de publier ces dessins. C'est aussi avec son autoisation que M. Le Gendre nous a communiqué quelques faits puisés dans les notes de cet babile et consciencieux chirurgien.

PLANCHE CXXXVI.

CYSTITE CHRONIQUE. — PYÉLITE. — POLYPES DU BASSINET RÉNAL.

Fig. 1. Cystite chronique avec ulcération et diminution notable du calibre de la vessie : *aa*, paroi épaissie; *bb*, ulcères.

Fig. 2. Cystite calculeuse avec fistule vésico-utérine. *A*, vessie enflammée, d'un fort petit volume : *aa*, parois de la vessie; *bb*, cavité du corps de la vessie; *c*, cavité du col. — *B*, Matrice fermée en bas par l'oblitération de l'orifice externe : *aa*, fond de l'utérus; *bb*, cavité du col notablement agrandie et communiquant avec la cavité de la vessie. — *C*, calcul trouvé dans la vessie.

Fig. 3 et 4. Pyélo-néphrite avec abcès.

Fig. 3. Surface du rein : *aa*, abcès.

Fig. 4. Coupe du rein : *a*, muqueuse du bassinet rénal, couvert de pus; *bb*, calices; *cc*, petits abcès dans le parenchyme du rein.

Fig. 5. Portion d'un rein offrant en *aaa* une infiltration purulente de plusieurs conduits urinifères, suite de pyohémie.

Fig. 6-8. Polypes du bassinet rénal.

Fig. 6. Pièce vue à l'œil nu : *aa*, muqueuse du bassinet hypérémiée; *bb*, uretère; *cc*, polypes.

Fig. 7. Structure de l'intérieur des polypes : *aa*, substance fibroïde et granuleuse; *bb*, vaisseaux sanguins.

Fig. 8. Enduit épithélial de la surface du bassinet et des polypes.

PLANCHE CXXXVII.

HYPERTROPHIE DE LA VESSIE ET DE LA PROSTATE. — KYSTE PURULENT ÉNORME DU REIN. — KYSTE DU REIN SUITE D'UNE OBSTRUCTION CALCULEUSE. — URINES BLEUES DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Fig. 1. Vessie énormément hypertrophiée, avec saillie considérable de la prostate dans son intérieur : *aaa*, parois de la vessie; *bb*, portion latérale de la prostate; *c*, sa partie moyenne; *dd*, lacunes et petits diverticules de l'intérieur du fond de la vessie.

Fig. 2. Kyste purulent énorme du rein droit, ayant simulé, pendant la vie, l'existence d'un abcès du foie. Le kyste, ouvert et réduit de plus de moitié, et dessiné seulement dans une de ses moitiés, présente une cavité cloisonnée avec disparition du tissu du rein.

Fig. 3 et 4. Dilatation kysteuse considérable du rein à la suite de l'obstruction de l'orifice urétéral par un calcul.

Fig. 3. Rein kysteux coupé par le milieu : *aaa*, restes de calices; *bb*, surface interne du kyste; *c*, ouverture de l'uretère; *dd*, restes de la substance rénale.

Fig. 4. Calcul rénal qui avait obstrué l'uretère.

Fig. 5. Urines bleues dans l'albuminurie. *A*, petits globulins de pigment bleu. — *B*, cristaux et globules bleus : *aaa*, faisceaux et amas étoilés d'aiguilles cristallines; *bb*, cellules renfermant des globulins bleus. — *C*, cristaux d'acide urique de couleur noirâtre.

PLANCHE CXXXVIII.

KYSTES DES REINS. — CYLINDRES EXSUDATIFS ET CRISTAUX DES URINES, DANS LA MALADIE DE BRIGHT.

Fig. 1-3. Petits abcès et kystes des reins; dilatation du bassinet avec inflammation chronique de sa membrane muqueuse.

Fig. 1. Surface du rein, avec l'uretère dilaté : *aa*, surface; *bb*, petits kystes séreux; *cc*, abcès; *dd*, uretère dilaté, très vascularisé à sa surface.

Fig. 2. Coupe du même rein : *a*, kyste volumineux; *bb*, kystes plus petits, renfermant du pus; *cc*, substance corticale; *dd*, pyramides.

Fig. 3. Membrane muqueuse chroniquement enflammée du bassinet et de l'uretère.

Fig. 4-7. Transformation kysteuse générale des reins.

Fig. 4. Rein kysteux très volumineux.

Fig. 5. Membrane d'un kyste étendue et montrant des arborisations d'apparence vasculaire.

Fig. 6. Éléments cellulaires des parois du kyste. *A*, cellules d'apparence épithéliale : *aa*, parois; *bb*, noyaux. — *B*, ces mêmes cellules altérées : *aa*, cellules sans noyaux, *bb*, détritus granuleux avec quelques corps nucléaires. — *C*, globules granuleux provenant des mêmes cellules.

Fig. 7. Cristaux de cholestérine.

Fig. 8. Cylindres d'exsudation et cristaux des urines dans la maladie de Bright : *aa*, cylindres amorphes; *b*, cylindre recouvert de quelques cellules épithéliales; *cc*, cristaux d'acide urique; *dd*, amas de granules.

PLANCHE CXXXIX.

REIN D'UN DIABÉTIQUE. — MALADIE DE BRIGHT.

Fig. 1. Rein d'un diabétique. Ce rein est volumineux; la substance corticale est surtout hypertrophiée, décolorée, et offre, à l'examen microscopique, beaucoup d'éléments graisseux.

Fig. 2-6. Maladie de Bright.

Fig. 2. Surface du rein montrant un mélange d'hypérémie et de décoloration, non par granulations, comme c'est le cas le plus fréquent, mais par taches jaunes arrondies.

Fig. 3. Intérieur de ce rein, offrant en *aa* ces mêmes places décolorées, et en *bb* les arborisations vasculaires du bassinet et des calices hypérémiés.

Fig. 4. Cylindres d'exsudation : *a*, cylindre couvert d'épithélium; *b*, cylindre couvert de granules.

Fig. 5. Éléments épithéliaux, granuleux et graisseux : *a*, noyaux épithéliaux avec granules moléculaires et grandes vésicules; *b*, cellules épithéliales sans noyau distinct, infiltrées de granules et de globulins; *c*, cellules épithéliales devenues complétement granuleuses.

Fig. 6*. Vésicules adipeuses.

Fig. 6. Rein atteint de maladie de Bright dans le choléra : *aa*, substance corticale décolorée; *bb*, pyramide d'une couleur foncée.

Fig. 7-10. Maladie de Bright chez un enfant.

Fig. 7. Rein coupé par le milieu : *aa*, substance corticale; pyramides.

Fig. 8. Tubes urinifères, vus dans leur ensemble.

Fig. 9. Cylindres d'exsudation : *a*, cylindre granuleux couvert d'éléments épithéliaux; *bb*, cylindres extérieurs plus volumineux, formés par l'exfoliation de tout l'enduit épithélial des conduits urinifères; l'un d'eux montre un cylindre exsudatif, sortant comme tube plus mince de l'intérieur de sa cavité.

Fig. 10. Capsule de Malpighi infiltrée de granules et de graisse.

PLANCHE CXL.

MALADIE DE BRIGHT.

Fig. 1-5. Maladie de Bright avec hypertrophie fibroïde interstitielle des reins et état lobulé congénital du foie.

Fig. 1. Surface du rein montrant de nombreuses ecchymoses et des injections partielles qui alternent avec la décoloration de ce rein, devenu très volumineux.

Fig. 2. Coupe de ce rein montrant la substance corticale décolorée et la membrane muqueuse hypérémiée.

Fig. 3. *AA*, canaux urinifères montrant en *a* un épaississement considérable de leur paroi; *bb*, cylindres d'exsudation par fragments; *c*, éléments fibro-plastiques de l'hypertrophie interstitielle.

Fig. 4. Surface lobulée du foie, réduit dans le dessin au quart de son volume.

Fig. 5. Portion de la surface de ce foie, montrant la vascularité exceptionnelle de la surface de ces lobules.

Fig. 6-9. Maladie de Bright.

Fig. 6. Rein volumineux. *A*, surface du rein, offrant en *aa* beaucoup de granulations d'un jaune pâle, en *bb* des injections partielles et bien circonscrites, et en *cc* quelques ecchymoses. — *B*, coupe de ce rein, présentant en *dd* de nombreuses granulations au milieu de la substance corticale décolorée; les pyramides *ee* contrastent par leur coloration d'un rouge foncé.

Fig. 7. Les corps de Malpighi faiblement grossis.

Fig. 8. Les corps de Malpighi, plus fortement grossis, montrant en *A* leur ensemble, et en *B* des lobules infiltrés de granules et de vésicules de graisse.

Fig. 9. Éléments granuleux et graisseux qui infiltrent les cellules des canaux urinifères : *aa*, cellules granuleuses; *bb*, granules et globulins avec des noyaux d'épithélium; *cc*, granules et vésicules de graisse.

PLANCHE CXLI.

MALADIE DE BRIGHT.

Fig. 1. Surface du rein montrant beaucoup de granulations et les étoiles veineuses de Verheyen remplies de sang.
Fig. 2. Coupe du même rein offrant une diminution sensible de la substance corticale et de nombreuses granulations.
Fig. 3. Coupe transversale des conduits urinifères, fortement grossie, montrant une infiltration granuleuse et beaucoup de cellules et d'agminations granuleuses.
Fig. 4. Cylindres granuleux.
Fig. 5. État intact de la membrane d'enveloppe des tubes urinifères.
Fig. 6. Morceau de foie renfermant dans sa substance, riche en graisse (*a*), un amas graisseux (*b*).
Fig. 7. Coupe du rein.
Fig. 8. Corps de Malpighi faiblement grossis.
Fig. 9. Les mêmes, plus fortement grossis, infiltrés de granules albuminoïdes et graisseux.
Fig. 10 *a*. Tubes urinifères faiblement grossis, montrant en *aa* des amas d'infiltration graisseuse et granuleuse.
Fig. 11. Cylindres d'exsudation, couverts d'épithélium.
Fig. 12. Cylindre d'exsudation granuleuse.
Fig. 13. Éléments cellulaires et granules : *aa*, cellules normales; *bb*, granules et vésicules graisseuses; *cc*, cellules granuleuses.
Fig. 14 et 15. Maladie de Bright chez une femme en couches.
Fig. 14. Surface du rein, qui est pâle, granuleuse, injectée par places et montre plusieurs kystes à sa surface.
Fig. 15. Coupe de ce rein montrant la substance corticale décolorée, avec injection partielle disséminée et plusieurs kystes.

PLANCHE CXLII.

ATROPHIE. — TUBERCULES. — CANCER DES REINS.

Fig. 1-3. Atrophie des reins à la suite de la maladie de Bright.
Fig. 1. Rein droit ratatiné et lobulé, vu par la surface.
Fig. 2. Le même rein, coupé par le milieu, montrant beaucoup de graisse et l'atrophie des deux substances.
Fig. 3. Rein gauche, plus atrophié encore que le droit.
Fig. 4. Tubercules du rein : *aa*, substance du rein hypérémiée et enflammée; *bb*, masses tuberculeuses volumineuses.
Fig. 5. Tubercules du rein et de l'uretère : *aa*, cavernes tuberculeuses; *bb*, tubercules isolés; *cc*, tubercules de l'uretère.
Fig. 6. Cancer du rein ayant suivi une marche latente pendant la vie : *aa*, substance corticale; *bb*, substance tubuleuse; masse encéphaloïde principale; petites masses encéphaloïdes disséminées.

PLANCHE CXLIII.

HYPERTROPHIE ET KYSTES DE LA MAMELLE.

Fig. 1-6. Hypertrophie de la mamelle droite.
Fig. 1. La mamelle montrant l'hypertrophie de ses lobules.
Fig. 2. La tumeur coupée par le milieu, offrant une disposition lobulée.
Fig. 3. Portion hypertrophiée de la glande, montrant plutôt un aspect granuleux des lobules de petite dimension.
Fig. 4. Aspect microscopique des lobules qui offrent des formes variées.
Fig. 5. Portion de lobules montrant les cellules épithéliales bien distinctes en *aaa*.
Fig. 6. Cristaux de cholestérine se trouvant dans un des petits lobules.
Fig. 7-13. Hypertrophie de la mamelle avec formation d'un kyste et développement de tissu mammaire dans plusieurs kystes.
Fig. 7. La tumeur vue à la surface, la peau étant disséquée et le mamelon, en apparence rétracté, étant dégagé de ses adhérences : *a* et *b*, mamelon; *c*, grand kyste sous le mamelon; *dd*, tissu mammaire de nouvelle formation dans des petits kystes; *ee*, tissu mammaire hypertrophié; *ff*, tissu graisseux ambiant.
Fig. 8. Coupe du tissu mammaire hypertrophié riche en tissu fibreux.
Fig. 9. Lobule microscopique : *a*, conduit d'excrétion; *bbb*, culs-de-sac glandulaires.

Fig. 10. Portions terminales de tissu glandulaire hypertrophié, plus fortement grossies.

Fig. 11. Épithéliums du grand kyste, en partie en voie de transformation granuleuse.

Fig. 12. Épithélium glandulaire.

Fig. 13. Tissu fibreux interstitiel.

Fig. 14-17. Préparations d'une tumeur fibro-plastique de la mamelle.

Fig. 14. Tissu mammaire hypertrophié, renfermant des vésicules jaunâtres dans le morceau *A*, que le dessin *B* montre plus distinctes, étant grossies trois fois.

Fig. 15. Épithéliums de l'intérieur de ces petits kystes, qui tirent probablement leur origine de vésicules glandulaires : *A*, épithélium pavimenteux. *B*, épithélium à forme plus irrégulière.

Fig. 16. Lobules glandulaires d'apparence fibroïde dans le tissu dur qui entoure la partie qui renferme les petits kystes.

Fig. 17. Éléments du contenu des kystes. *A*, grands globules granuleux. *B*, Cristaux de cholestérine.

PLANCHE CXLIV.

TUMEUR FIBRO-COLLOÏDE ÉNORME DU SEIN.

Fig. 1. La tumeur principale, couverte de pus et en voie de devenir gangréneuse sur une partie de sa surface.

Fig. 2. Autre masse de tumeurs extirpée de ce même sein.

Fig. 3, 4 et 5. Fragments de morceaux des tissus d'aspect divers que l'on trouve dans ces tumeurs.

Fig. 6. Éléments microscopiques fibreux et fibro-plastiques.

PLANCHE CXLV.

Fig. 1-6. Hypertrophie mammaire granuleuse, lobulée et fibro-plastique.

Fig. 1. Coupe d'une partie de la tumeur : *a*, tissu fibreux et fibro-plastique ; *b*, hypertrophie glandulaire.

Fig. 2 et 3. Tissu fibreux faiblement grossi, montrant dans le tissu fibroïde *aa* des lobules glandulaires *bb*.

Fig. 4. Portion fibroïde et granuleuse d'hypertrophie mammaire.

Fig. 5. *A*. Portion glandulaire plus fortement grossie, 360 diamètres. *B*. Éléments épithéliaux de la glande hypertrophiée.

Fig. 6 et 7. Tumeur fibro-gélatineuse de la mamelle.

Fig. 6. Aspect du tissu à l'œil nu.

Fig. 7. Éléments microscopiques fibreux et fibro-plastiques.

Fig. 8-12. Cancer colloïde du sein d'une femme qui portait un cancer ulcéré à l'autre sein.

Fig. 8. Petite tumeur cancéreuse colloïde.

Fig. 9. Tissu fibro-aréolaire renfermant de grandes cellules mères, grossissement de 50 diamètres.

Fig. 10. Fibres élastiques de ce tissu.

Fig. 11. Cellules mères.

Fig. 12. Cellules cancéreuses simples.

Fig. 13-15. Squirrhe du foie avec nombreuses granulations phymatoïdes.

Fig. 13. Tissu du squirrhe vu à l'œil nu : *aa*, tissu squirrheux homogène ; *bb*, granulations phymatoïdes ; *cc*, tissu adipeux ambiant.

Fig. 14. Éléments cancéreux bien caractérisés.

Fig. 15. Cellules cancéreuses en voie de transformation granuleuse, prises dans les granulations d'aspect terne.

Fig. 16-18. Squirrhe rameux du sein, avec coloration jaune d'une partie des cellules cancéreuses.

Fig. 16. Coupe de ce cancer : *aa*, squirrhe ; *bb*, portion du muscle pectoral sous-jacent ; *cc*, tissu adipeux ; *dd*, peau.

Fig. 17. Cellules cancéreuses ordinaires.

Fig. 18. Les mêmes, *aa*, mêlées avec des cellules et des vésicules adipeuses colorées en jaune, *bbb*.

Fig. 19-21. Squirrhe hématode du sein.

Fig. 19. Squirrhe très vasculaire, vu à l'œil nu.

Fig. 20. Partie du même tissu, grossie 4 fois.

Fig. 21. Éléments microscopiques de ce tissu.

PLANCHE CXLVI.

CHANCRE INDURÉ AVEC SES ÉLÉMENTS MICROSCOPIQUES.

Fig. 1. *aa*, chancre induré du feuillet cutané du prépuce. Variété parcheminée. L'induration de la base n'occupe que l'épaisseur de la peau. Le dépôt fibro-plastique n'atteint pas le tissu cellulaire sous-cutané. La surface de l'ulcération est irisée, ainsi qu'on l'observe souvent dans le chancre induré. L'ulcération, ordinairement indolente, comme le représente cette figure, n'est point entourée d'aréole inflammatoire et suppure peu. — *bb*, adénopathie bi-inguinale indolente, symptomatique du chancre induré. Bubon syphilitique. Dans cette variété d'adénopathie qui succède forcément au chancre induré, les ganglions superficiels de la région inguinale correspondent au chancre; mais le plus souvent les deux régions inguinales, alors même qu'il n'existe qu'un seul chancre, comme dans la figure 1, sont affectées en plus ou moins grand nombre. Ils forment alors ce qu'on a pu appeler des pléiades ganglionnaires.

Fig. 2. Chancre induré de la rainure glando-préputiale, ayant envahi une portion de la couronne du gland et du reflet du prépuce. Chancre compliqué de gangrène, dont on voit encore les traces dans l'angle de jonction des deux moitiés de l'ulcération. Les bords du chancre sont, dans cette variété, plus nettement découpés. La base fibro-plastique de l'ulcération est très étendue et pénètre dans le tissu cellulaire sous-jacent. La partie du reflet du prépuce qui entoure l'ulcération et le reste du gland est le siége d'une induration spécifique des vaisseaux lymphatiques. La teinte grise que la figure représente en transparence caractérise cette induration. Dans la région inguinale existe, comme dans l'autre figure, l'adénopathie indolente symptomatique.

Les dessins des figures 1 et 2 ont été exécutés sous la direction de M. Ricord.

Fig. 3. Éléments microscopiques du chancre induré. Ces éléments sont essentiellement de nature fibro-plastique : *a* et *b*, cellules complètes et corps fusiformes mêlés avec quelques noyaux et granules; *c*, feuillets allongés; *d*, amas de noyaux; *e* et *f*, noyaux et fibres sans cellules complètes, infiltrant les couches profondes du derme.

PLANCHE CXLVII.

DIVERSES FORMES DE CHANCRES. — VÉGÉTATIONS, CANCROÏDE DE LA VERGE (DESSINÉES SOUS LA DIRECTION DE M. RICORD).

Fig. 1. Chancres mous, chancres simples, chancroïdes. Accidents vénériens non syphilitiques, dont les effets restent toujours locaux : *a*, les chancres mous multiples que représente cette figure se sont développés dans des follicules de la semi-muqueuse du gland, de la rainure glando-préputiale et du reflet du prépuce (chancres folliculaires). A la période de progrès et de *statu quo* spécifique, leur forme est arrondie, leurs bords sont taillés à pic, un peu renversés, serratés et entourés d'une auréole érythémateuse. Leur fond est grisâtre, comme vermoulu, et leur base est plus ou moins engorgée. *b*, adénite aiguë. Bubon succédant au chancre mou et n'affectant ordinairement qu'un seul ganglion superficiel. Ce bubon est quelquefois simplement inflammatoire ou sympathique, mais le plus souvent il est symptomatique et alors virulent; le pus qu'il renferme reproduit le chancre mou.

Fig. 2. Chancres simples multiples, réunis en groupes, à la période de progrès, pouvant être confondus avec l'herpès ulcéré.

Fig. 3. Chancres indurés, chancres infectants, chancres syphilitiques.

Fig. 3 *a*. Chancres ecthymateux du fourreau. La forme ecthymateuse que représente cette figure ne se rencontre pas seulement dans cette variété de chancre induré. Les chancres simples, les chancres mous, nous en offrent souvent des exemples, et on la produit toujours par l'inoculation artificielle.

Fig. 3 *b*. Chancre induré du reflet du prépuce. La forme est arrondie, les bords ne sont point décollés et s'inclinent sur le fond, comme si l'ulcération avait été faite avec un évidoir. La surface de l'ulcération, en voie de réparation, est rosée, et le cercle gris qui l'entoure annonce le travail cicatriciel. La base de l'ulcération est nettement circonscrite, indurée, peu épaisse, parcheminée. Cette variété a été quelquefois confondue avec le tubercule muqueux.

Fig. 3 *c*. Légère induration du méat urinaire. Chancre uréthral douteux. Il existe un engorgement indolent de plusieurs ganglions des deux régions inguinales.

Fig. 4. Végétations réputées vénériennes. Frambœsia du prépuce. Chémosis recouvrant des végétations semblables. Ces végétations, quelles que soient leurs variétés, sont spécifiquement indépendantes du virus qui produit le chancre simple et du virus syphilitique.

Fig. 5 à 11. Cancroïde de la verge.

Fig. 5 et 6. La tumeur vue à l'œil nu : *aa*, végétations papillaires; *bb*, ulcération couverte de pus; *cc*, tissu qui sert de base à ces végétations.

Fig. 7. Groupe de papilles.

Fig. 8. Papille plus fortement grossie, montrant bien son enduit épithélial.

Fig. 9. Éléments épithéliaux en voie de transformation graisseuse.

Fig. 10. Masse de cellules épithéliales ayant subi l'infiltration graisseuse.

Fig. 11. Cellules du pus de l'ulcère. Les diverses espèces d'infusoires de cet ulcère ont été reproduites ailleurs.

PLANCHE CXLVIII.

GANGRÈNE DU PÉNIS. — CANCROÏDE. — CANCER DU PÉNIS. — CANCER DU TESTICULE.

Fig. 1 et 2. Gangrène du pénis.

Fig. 1. Gangrène blanche du prépuce et de la surface de la verge.

Fig. 2. Ce même pénis après la chute de l'eschare, montrant une ulcération de bonne nature et en voie de réparation.

Fig. 3. Cancroïde de la verge : *a* et *b*, globes concentriques d'épiderme; *c*, cellules d'épiderme; *d* et *e*, tissu élastique et fibreux de la tumeur; *f*, éléments fibro-plastiques divers.

Fig. 4. Vrai cancer de la verge avec ses éléments cellulaires caractéristiques et variés. En comparant les grandes cellules mères de cette figure avec les globes épidermiques de la précédente, on constate toute la différence qui existe entre ces éléments.

Fig. 5 à 12. Cancer du testicule, renfermant des matières grasses; du cartilage, du tissu fibreux et fibro-plastique de l'os et des éléments hématiques.

Fig. 5. Éléments hématiques provenant d'épanchements hémorrhagiques.

Fig. 6. Tissu cartilagineux.

Fig. 7. Tissu osseux.

Fig. 8. Cristaux de cholestérine.

Fig. 9. Cellules rondes infiltrées de graisse, se trouvant dans un kyste de cette tumeur.

Fig. 10. Cellules cancéreuses.

Fig. 11. Éléments fibro-plastiques.

Fig. 12. Éléments fibreux.

Fig. 13 et 14. Cancer encéphaloïde du testicule.

Fig. 13. Tissu encéphaloïde renfermant des épanchements hémorrhagiques.

Fig. 14 et 15. Éléments microscopiques fort bien caractérisés de ce cancer et du cancer d'un autre testicule.

PLANCHE CXLIX.

TUBERCULES. — TUMEUR FIBRO-COLLOÏDE. — CANCER DU TESTICULE.

Fig. 1. Tubercules du testicule : *aaa*, tubercules de l'épididyme; *bb*, masse tuberculeuse du testicule lui-même; *c*, substance non tuberculeuse du testicule.

Fig. 2. Tubercules du testicule par masses compactes et par tubercules jaunes disséminés.

Fig. 3 à 8. Tumeur fibro-colloïde du testicule.

Fig. 3. La pièce coupée par le milieu : *aa*, kystes; *b*, kyste renfermant un épanchement hémorrhagique; *cc*, substance fibro-colloïde; *dd*, tunique albuginée, hypertrophiée et notablement épaissie.

Fig. 4. Vaisseaux sanguins de la substance fibro-colloïde, faiblement grossis, montrant des inégalités de calibre, des renflements cylindriques et ampullaires.

Fig. 5. Tissu fibroïde, renfermant beaucoup de cellules fibro-plastiques.

Fig. 6. Cellules fibro-plastiques isolées.

Fig. 7. Éléments fibro-plastiques variés : *aa*, cellules complètes; *bb*, corps fusiformes à noyaux; *cc*, noyaux libres; *dd*, cellules ratatinées et granuleuses.

Fig. 8. Tissu d'apparence tuberculeuse, montrant les éléments cellulaires ratatinés et infiltrés de granules.

PLANCHE CL.

PARAPHIMOSIS.

Fig. 1. Paraphimosis ayant pris un développement considérable, vu avant l'opération, qui a été pratiquée par M. le docteur Ph. Boyer.

Fig. 2. Autre variété de paraphimosis.

PLANCHE CLI.

HÉMATOCÈLE. — CANCROÏDE DE LA VULVE.

Fig. 1 à 4. Cancroïde végétant autour de la vulve et de l'anus.

Fig. 1. La pièce vue dans son ensemble.

Fig. 2. Coupe transversale du tissu montrant en *aaa* des coupes de papilles, et en *bbb* des coupes de vaisseaux sanguins.

Fig. 3. Coupe longitudinale du tissu : *aa*, surface épidermique; *bb*, papilles coupées longitudinalement.

Fig. 4. Cellules épidermiques de la surface de ces papilles.

Fig. 5. Végétations réputées vénériennes. Frambœsia de l'anus. Condylomes acuminés complétement étrangers au virus qui produit le chancre mou, ainsi qu'au virus syphilitique. Accidents quelquefois confondus avec le condylome plat : pustule plate humide, tubercule muqueux. (Dessinés sous la direction de M. Ricord.)

Fig. 6. Tumeur fibro-plastique du testicule, formée par une hypertrophie de la tunique vaginale autour d'une hématocèle : *aa*, testicule; *bb*, intérieur de l'hématocèle; *cc*, paroi; *dd*, hypertrophie fibro-plastique ambiante.

PLANCHE CLII.

VÉGÉTATIONS. — PLAQUES MUQUEUSES. — CANCER DE LA VULVE.

Fig. 1 et 2. Tumeurs papillaires végétantes du pourtour de la vulve.

Fig. 1. L'aspect des tumeurs avant l'opération.

Fig. 2. Les parties après l'opération et la guérison.

Fig. 3. Tumeur épithéliale et cancéreuse mixte de la vulve.

Fig. 3 *A*. La surface granuleuse superficiellement ulcérée de la tumeur.

Fig. 3 *B*. La coupe verticale de la tumeur, montrant en *aa* du tissu cancéreux, et en *bb* du tissu épidermique.

Fig. 6. Papules muqueuses de l'anus et des régions voisines. Papules réunies en groupes formant des plaques muqueuses. Condylomes plats, tubercules muqueux, pustules plates, humides. Accidents secondaires très précoces, succédant quelquefois sur place au chancre (transformation *in situ*). Les plaques muqueuses, comme dans la figure 6, offrent une surface plus ou moins saillante, plate ou plus ou moins convexe, de forme irrégulière, à surface granulée, fissurée, rosée ou grisâtre, sans épaississement de leur base; car elles n'affectent que la partie superficielle du derme, à moins qu'elles n'aient succédé à un chancre induré à base persistante. La plaque muqueuse, qui, comme dans la figure 6, constitue un accident secondaire, n'est pas accompagnée de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. C'est l'accident que l'on confond souvent avec le chancre induré à la période de réparation ou de transformation *in situ*. (Dessinées sous la direction de M. Ricord.)

PLANCHE CLIII.

TUBERCULES MUQUEUX SYPHILITIQUES ET HERPÈS VULVAIRE (D'APRÈS DES DESSINS EXÉCUTÉS SOUS LA DIRECTION DE M. LE DOCTEUR HUGUIER).

Fig. 1. Tubercules muqueux syphilitiques développés symétriquement sur la région vulvo-anale : *a*, tubercules saillants convexes non ulcérés; *bb*, tubercules plats et exulcérés; *c*, hypertrophie des plis de l'anus.

Fig. 2. Herpès vulvaire : *a*, vésicules à la période d'état; *bb*, exulcérations, résultat de la réunion des vésicules, de leur déchirure et de la chute de l'épiderme; *c*, vésicules confluentes et déchirées, qui commencent à s'ulcérer, situées vers le pli génito-crural et à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

Fig. 3. Ulcérations placées à la partie supérieure et interne de la cuisse droite; elles sont le résultat de la confluence et de la déchirure des vésicules.

PLANCHE CLIV.

VÉGÉTATIONS SYPHILITIQUES PENDANT LA GROSSESSE.

M. Huguier a opéré l'excision de cette énorme masse végétante en deux séances, sans avoir déterminé de fausse couche; chacun des lobes principaux renfermait une artère assez volumineuse pour donner du sang en jet après l'excision. Lors de l'accouchement, qui eut lieu à terme, la malade était entièrement guérie; il fallait même examiner les organes sexuels avec beaucoup d'attention pour retrouver quelques traces de l'opération et des diverses insertions pédiculaires.

a, masse végétante insérée sur le prépuce du clitoris; *bbbb*, lobes insérés dans les plis génito-cruraux; *cccc*, lobes insérés sur les grandes lèvres; *dddd*, lobes insérés sur la fourchette, au périnée et autour de l'anus; *e*, dépression qui conduit à l'ouverture du vagin; *f*, dépression qui conduit à l'ouverture anale.

PLANCHE CLV.

TUMEUR CELLULO-VASCULAIRE ET PAPILLAIRE DU VAGIN. — VÉGÉTATIONS PAPILLAIRES DU COL UTÉRIN. — TUMEUR FIBREUSE DU VAGIN.

Fig. 1 et 2. Tumeur cellulo-vasculaire papillaire du vagin, sortant par l'ouverture de la vulve, observée chez une petite fille âgée de deux ans.

Fig. 1. La tumeur vue à l'extérieur : *A*, prépuce du clitoris enflammé, tuméfié et œdémateux ; *B*, portion de la tumeur insérée sur la paroi antérieure et sur le bulbe uréthral ; *C*, portion insérée sur la partie postérieure droite du vagin ; *D*, fente transversale placée entre les deux parties principales de la tumeur, et qui conduit dans la cavité du vagin ; *EE*, grandes lèvres effacées et déjetées en dehors.

Fig 2. Anatomie pathologique de la pièce précédente. Les parties sont disséquées et vues par le côté gauche. La paroi latérale gauche est fendue dans toute sa longueur : *A*, prépuce du clitoris ; *BB*, grandes lèvres ; *C*, périnée ; *D*, ouverture anale ; *E*, moitié gauche de la symphyse des pubis ; *F*, rectum ; *G*, vessie ; *H*, corps de l'utérus ; *I*, portion intravaginale du col de l'utérus ; *JJJ*, vagin fendu par son bord gauche ; *K*, sonde qui, pour pénétrer dans la cavité de la vessie, passe successivement par l'ouverture vulvaire, la partie inférieure du vagin, puis par la portion vésicale ou rétro-pubienne de l'urèthre, au point marqué *L* ; toute la partie de ce canal qui était située en avant et au-dessous de la symphyse des pubis a été détruite par la tumeur et l'opération pratiquée pour l'extirper ; *MM*, ulcération profonde et gangréneuse développée sur la partie où les deux principales portions de la tumeur étaient insérées ; *NN*, prolongement le long de la paroi antérieure du vagin ; *OOO*, groupes de petites tumeurs pédiculées, sessiles, qui sont produites par l'hypertrophie des papilles de la membrane muqueuse du vagin, et qui indiquent le siége, la nature et le mode de développement des deux portions principales de la tumeur, qui sortait par l'ouverture vulvaire.

Fig. 3. Tumeur fibreuse du vagin : *aa*, tumeur fibreuse ; *bb*, vagin ; *cc*, portion vaginale du col utérin.

Fig. 4 à 6. Éléments microscopiques de plaques muqueuses de la vulve et du col utérin.

Fig. 4. Groupe de papilles faiblement grossies.

Fig. 5. Papille montrant bien son enduit épithélial en *A*, et en *B* les cellules épithéliales isolées.

Fig. 6. Autre papille *A*, faiblement grossie ; *B*, plus fortement grossie : *aa*, partie superficielle épithéliale ; *bb*, partie profonde et fibroïde renfermant des noyaux allongés et étroits.

PLANCHE CLVI.

ALTÉRATIONS FOLLICULAIRES, PAPILLAIRES ET ULCÉREUSES DU COL UTÉRIN.

Fig. 1. Kyste folliculaire du cul-de-sac vaginal utérin droit : *A*, kyste ; *B*, col utérin ; *C*, sillon qui sépare le kyste du col.

Fig. 2. Kystes folliculaires du col utérin, suppurés et renfermant une matière jaunâtre.

Fig. 3. Kystes folliculaires simples agglomérés sur le col.

Fig. 4. Ulcération fonguense de l'orifice du col, compliquée de kystes folliculaires très nombreux.

Fig. 5. Plaque placée autour de l'orifice du col, composée de follicules muqueux enflammés et suppurés.

Fig. 6. Ulcération fongueuse du col.

Fig. 7. Plaques diphthéritiques du col.

Fig. 8. Diphthérite en voie de développement.

Fig. 9. Granulations du col.

Fig. 10. Vaginite granuleuse. Quelques-unes des granulations siégent sur le bas du col *AAA*.

Fig. 11 et 12. Follicules du col et ulcérations succédant à la folliculite.

Fig. 11. Ulcération en *A*.

Fig. 12. Ulcération en *AB*.

Fig. 13. Folliculite du col utérin à l'état naissant.

Fig. 14. Végétations sur le col de l'utérus.

Fig. 15. Hypertrophie des follicules du col utérin, sans travail inflammatoire évident.

PLANCHE CLVII.

Fig. 1. Glandes utriculaires de la membrane muqueuse utérine, expulsée pendant le travail de la menstruation : *a*, glandule complète; *bb*, fragments de glandule; *c*, fragment de glandule, plus fortement grossi, montrant l'enduit épithélial de son intérieur; *d*, portion du même fragment plus fortement grossi encore, et montrant plus distinctement les épithéliums de l'intérieur; *ee*, cellules épithéliales détachées; *f*, noyaux isolés de ces cellules.

Fig. 2-6. Tumeur fibro-musculaire de l'utérus.

Fig. 2. Les tumeurs fibreuses vues à la surface de la matrice.

Fig. 3. Coupe de la matrice montrant sa cavité et les nombreuses tumeurs fibro-musculaires interstitielles.

Fig. 4. Préparation microscopique de ces tumeurs montrant en *a* du tissu fibro-musculaire avec son aspect fibroïde et granuleux ordinaire, et en *b* ce même tissu rendu transparent par l'acide acétique et montrant de nombreux noyaux étroits et allongés.

Fig. 5 et 6. Fibres-cellules musculaires isolées au moyen de la cortion et de la dilacération.

Fig. 7. Coupe d'une tumeur fibro-musculaire calcifiée, du Musée Dupuytren.

PLANCHE CLVIII.

CANCER ET AFFECTION CANCROÏDE DE L'UTÉRUS. — ENDOMÉTRITE TRAUMATIQUE.

Fig. 1. Ulcère cancéreux du col de l'utérus et de l'extrémité supérieure du vagin (d'après M. le docteur Huguicr) : *aa*, ulcérations du col de l'utérus; *bb*, ulcérations du vagin; *cc*, paroi antérieure du vagin indurée; *dd*, paroi antérieure du corps de l'utérus; *ee*, extrémité inférieure du corps de l'utérus, saine; *ff*, ligaments ronds; *gg*, trompes; *h*, fourchette; *ii*, grandes lèvres; *jj*, extrémité supérieure des nymphes; *k*, rectum.

Fig. 2 et 6. Ulcère cancéreux de la matrice et du vagin, champignon cancéreux de la vessie.

Fig. 2. Champignon cancéreux de l'intérieur de la vessie, provenant d'un cancer propagé du col utérin : *a*, champignon cancéreux; *b*, endroit de la perforation vésico-vaginale. La figure 6 représente l'ulcère cancéreux du col utérin et du vagin.

Fig. 3-5. Affection cancroïde de la matrice ayant détruit le col et infiltré une bonne partie du corps de cet organe.

Fig. 3. Éléments épithéliaux ou épidermoïdaux et globes concentriques d'épiderme de l'infiltration morbide.

Fig. 4. La matrice avec ses dimensions plus petites qu'à l'état normal : *a*, ulcération profonde du col; *bb*, infiltration épidermoïdale étendue du corps de la matrice.

Fig. 5. Tissu épidermoïdal faiblement grossi, montrant une vascularité bien prononcée.

Fig. 6. Vaste ulcère cancéreux, ayant détruit tout le col utérin : *aa*, fond de la matrice; *bb*, ulcère; *c*, perte de substance par suite de la chute d'un vrai séquestre du tissu cancéreux de la paroi recto-vaginale.

Fig. 7. Endométrite à la suite d'une tentative d'avortement : *aa*, cicatrices dans le vagin; *bb*, endroit dans lequel l'utérus avait été perforé; *cc*, les portions les plus enflammées du fond de la matrice.

PLANCHE CLIX.

CANCER ET CANCROÏDE DE LA MATRICE ET DES PARTIES VOISINES.

Fig. 1-4. Cancer encéphaloïde du col utérin.

Fig. 1. Col utérin couvert d'un vaste champignon encéphaloïde.

Fig. 2. Coupe verticale de ce tissu, montrant une infiltration cancéreuse, vasculaire, hémorrhagique par places.

Fig. 3. Portion de ce tissu faiblement grossie, montrant une vascularité bien évidente.

Fig. 4. Cellules cancéreuses : *aa*, cellules complètes; *bb*, noyaux; *cc*, éléments fusiformes de tissu conjonctif.

Fig. 5-9. Tumeurs cancéreuses multiples de la surface de l'utérus, des ligaments larges et du rectum.

Fig. 5. Tumeurs encéphaloïdes à la surface de l'utérus, de ses ligaments, des trompes et d'un kyste de l'ovaire.

Fig. 6. Tumeurs cancéreuses à la surface du rectum.

Fig. 7. Couche épaissie de tissu connectif hypertrophié et hyperplasié, infiltré de tissu cancéreux.

Fig. 8. Tissu cancéreux montrant une trame fibreuse, des cellules et des noyaux cancéreux.

Fig. 9. Cellules cancéreuses isolées, simples, multinucléaires, à prolongements fins et pointus.

Fig. 10-13. Cancroïde papillaire du col de l'utérus.

Fig. 10. La tumeur vue à l'œil nu, avec ses saillies granuleuses et papillaires.

Fig. 11. Groupe de papilles faiblement grossi.

Fig. 12. Éléments épithéliaux de la surface : *aa*, cellules; *bb*, noyaux.

Fig. 13. Éléments fibro-plastiques et fibreux : *aa*, cellules fibro-plastiques; *bb*, cellules fusiformes, avec noyaux; *cc*, corps fusiformes sans noyaux; *d*, tissu fibreux.

PLANCHE CLX.

KYSTES COLLOÏDES ET MULTIPLES DE L'OVAIRE.

Fig. 1-7. Kystes multiloculaires et colloïdes de l'ovaire.

Fig. 1. La pièce réduite à la moitié de son volume : *a*, matrice; *bb*, petits kystes naissants; *c*, kyste un peu plus volumineux; *d*, kyste plus grand encore, dans le fond duquel se voient d'autres kystes plus petits; *e*, grand kyste suppuré; *ff*, matière d'apparence mielleuse sortant de kystes coupés.

Fig. 2. Portion d'un petit kyste, grossie 10 fois, pour montrer sa forte vascularité.

Fig. 3. Structure fibroïde de la paroi du kyste.

Fig. 4. Structure fibroïde et granuleuse d'une autre partie de la paroi.

Fig. 5. Épithélium de l'intérieur des kystes, d'origine récente et petit encore.

Fig. 6. Épithélium en voie d'infiltration granuleuse de kystes plus anciens.

Fig. 7. Éléments granuleux albuminoïdes, graisseux et pigmentaires.

PLANCHE CLXI.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE ET KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE.

Les figures 1, 2, 3, 4 de la planche CLXI sont empruntées à l'excellente monographie que vient de publier M. le docteur Aug. Voisin : *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin, considérés comme accidents de la menstruation* (Paris, 1860).

Fig. 1. Hématocèle rétro-utérine, vue d'arrière en avant. Dessin fait d'après une pièce recueillie dans le service de M. le docteur Oulmont par M. le docteur Auguste Voisin : *aaa*, rectum détaché en partie de ses attaches normales, et porté à gauche afin de montrer la cavité rétro-utérine par sa face postérieure; *bb*, adhérences fibrineuses qui unissaient cette portion du rectum à l'anse d'intestin grêle *c*; *c*, anse d'intestin grêle formant une partie du plafond de la poche rétro-utérine; *d*, vessie; *e*, utérus vu par sa face postérieure et couvert de produits fibrineux; *f*, trompe utérine gauche dilatée et cachée par des adhérences; *ggg*, cloison fibrineuse parfaitement organisée, divisant la poche rétro-utérine en deux moitiés qui ne communiquaient plus que par les pertuis *hh*; *i*, trompe utérine droite dilatée; *ll*, péritoine pelvien recouvert de dépôts fibrineux.

Fig. 2. Kystes vésiculaires ovariques. Dessin fait d'après une pièce recueillie dans le service de M. le professeur Nélaton par M. le docteur Aug. Voisin : *a*, côté droit d'où provient le kyste représenté figure 3; *b*, grand kyste ouvert; *c*, côté gauche, petit kyste ovarique.

Fig. 3. Portion du côté droit de la tumeur représentée figure 2. Nombreux kystes vésiculaires : *a*, kyste rempli dans ses deux tiers par des caillots sanguins *b*, et dans un tiers par une masse jaunâtre, granuleuse *c*, contenue dans des cloisons *ddd* de fibrine décolorée; *e*, petit kyste; *f*, veines considérablement dilatées; *g*, portion d'un grand kyste.

Fig. 4. Petit kyste ouvert (fig. 3, *e*). Il contenait un liquide brunâtre, filant, d'apparence muqueuse, renfermant des cellules d'épithélium pavimenteux considérablement dilatées (Ch. Robin).

Fig. 5 et 6. Kystes dermoïdes de l'ovaire.

Fig. 5. La matrice avec les deux ovaires malades : *aa*, partie du grand kyste qui donne naissance à des poils et à des glandes; *bb*, dents de l'intérieur du kyste; *c*, kyste sébacé renfermant quelques poils de l'ovaire de l'autre côté; *d*, col de la matrice; *e*, fond de la matrice.

Fig. 6. Grand amas pili-graisseux du grand kyste dermoïde : *aa*, matière sébacée; *bb*, poils.

PLANCHE CLXII.

CANCER DE LA TROMPE ET DES OVAIRES.

Fig. 1. Cancer de l'ovaire : *aa*, tissu encéphaloïde; *bb*, portions très vasculaires avec des épanchements sanguins; *c*, grand kyste; *d*, tissu cancéreux en voie de transformation phymatoïde.

Fig. 2-4. Tumeurs cancéreuses de la région des trompes et des ovaires.

Fig. 2. La pièce vue dans son ensemble : *a*, tumeur principale à gauche; *bb*, tumeurs à droite; *c*, kyste. Les veines et les artères ayant été injectées, on voit partout de belles arborisations vasculaires.

Fig. 3 et 4. Cellules, noyaux et agminations granuleuses du tissu de ces tumeurs.

Fig. 5-7 et planche CLXIII. Tumeur énorme de l'ovaire, avec fausses membranes renfermant des vaisseaux lymphatiques allant de la tumeur à l'intestin grêle.

Fig. 5. Fausses membranes vascularisées entre la tumeur et l'intestin : *aa*, portions de la tumeur; *b*, intestin grêle; *cc*, veines; *dd*, artères; *ee*, vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation.

Fig. 6. Réseau vasculaire naturellement injecté.

Fig. 7. Cellules cancéreuses de la tumeur.

PLANCHE CLXIII.

TUMEUR CANCÉREUSE ÉNORME DE L'OVAIRE.

Fig. 1. La tumeur réduite à la moitié de son volume, montrant une fort belle injection des artères et des veines, les premières en rouge, les secondes en bleu : *aa*, petites masses encéphaloïdes; *b*, hypertrophie caverneuse de la partie externe de la tumeur, les mailles renfermant du tissu cancéreux; *c*, petit kyste entouré d'un tissu fibrineux sans structure distincte, consécutif peut-être à un ancien épanchement sanguin; *d*, épanchement sanguin.

PLANCHE CLXIV.

CARIE DES VERTÈBRES. — CARIE DU SACRUM. — CARIE ET NÉCROSE DU TIBIA. — CARIE DE L'OS TEMPORAL.

Fig. 1. Carie vertébrale chez un enfant: *aa*, destruction d'une partie d'une vertèbre; *b*, petit séquestre; *cc*, membrane pyogénique qui entoure la partie cariée.

Fig. 2. Carie de la partie antérieure du sacrum, de la dernière vertèbre lombaire et d'une partie de l'os des iles du côté droit : *a*, dernière vertèbre lombaire; *b*, séquestre; *c*, carie de la partie antérieure du sacrum; *d*, carie de l'os des iles.

Fig. 3-8. Ostéite du tibia avec arthrite du genou.

Fig. 3. Coupe du tibia, montrant en *aaaa* deux portions décolorées de l'os en voie de se nécroser; *bb*, tissu osseux enflammé tout autour.

Fig. 4. Tissu lardacé entourant la membrane synoviale.

Fig. 5. Ce même tissu grossi 5 fois pour montrer sa vascularité abondante.

Fig. 6. Structure microscopique du tissu sous-synovial, montrant du tissu connectif fibreux avec quelques éléments cellulaires allongés, fusiformes, et par-ci par-là du tissu adipeux.

Fig. 7. Ce même tissu infiltré de pus.

Fig. 8. Cellules du pus à nucléoles de ce même tissu.

Fig. 9. Carie de l'os temporal, sur la limite de la portion squameuse, avec le rocher : *aa*, portion cariée; *bb*, couche purulente de sa surface; *c*, membrane du tympan avec les osselets de l'ouïe.

PLANCHE CLXV.

OSTÉITE RARÉFIANTE DU FÉMUR ET DU TIBIA. — SÉQUESTRE DU FÉMUR AVEC PRODUCTION OSSEUSE NOUVELLE. — SÉQUESTRE DU CALCANÉUM. — OSTÉITE DE L'ASTRAGALE ET DU CALCANÉUM. — SÉQUESTRE CENTRAL DU CALCANÉUM.

Fig. 1 et 2. Ostéite du fémur et du tibia.

Fig. 1. Partie inférieure du tibia, montrant en *aaa* des trous nombreux, consécutifs à l'amincissement de la surface de l'os enflammé.

Fig. 2. Tibia enflammé, montrant en *aa* une couche osseuse nouvelle, suite de périostite; en *b* et *c*, une raréfaction du tissu aréolaire de l'os.

Fig. 3 et 4. Nécrose du fémur avec un séquestre considérable et production osseuse nouvelle et étendue tout autour.

Fig. 3. Partie inférieure de ce fémur : *aa*, séquestre; *bb*, productions osseuses nouvelles provenant du périoste.

Fig. 4. Le même fémur coupé par le milieu : *aa*, ponts osseux de nouvelle formation; *bb*, couche osseuse nouvelle sous-périostale; *cc*, intérieur du fémur dans sa partie saine.

Fig. 5 et 6. Séquestre du calcanéum.

Fig. 5. Coupe du séquestre.

Fig. 6. Structure microscopique : *aa*, surface; *bb*, corpuscules normaux; *cc*, corpuscules osseux plus petits et incomplets, presque sans canalicules.

Fig. 7 et 8. Ostéite de l'astragale et du calcanéum.

Fig. 7. Calcanéum : *a*, ostéite raréfiante avec rougeur; *bb*, ostéite condensante avec décoloration; *cc*, séquestre; *dd*, tissu mou, fongueux et vasculaire, entourant l'os malade.

Fig. 8. Astragale : *aa*, ostéite raréfiante; *bb*, ostéite condensante.

Fig. 9-11. Séquestre central du calcanéum.

Fig. 9. L'os scié par le milieu : *aa*, grand séquestre; *bb*, cavité qui loge plusieurs séquestres; *c*, petit séquestre; *ddd*, tissu osseux enflammé tout autour.

Fig. 10. Éléments fibro-plastiques ronds, multinucléaires, fusiformes; noyaux isolés du tissu fongueux de la cavité qui renferme le séquestre.

Fig. 11. Cellules du pus.

PLANCHE CLXVI.

TUBERCULES DES VERTÈBRES, D'UN OS MÉTACARPIEN, D'UN COTYLE.

Fig. 1-3. Carie tuberculeuse des vertèbres chez un enfant.

Fig. 1. La pièce vue dans son ensemble : *aa*, tubercules crus; *bb*, cavités résultant de la destruction d'une vertèbre; *c*, portion enflammée de la moelle épinière au niveau de la lésion osseuse, avec caverne.

Fig. 2. Éléments microscopiques des tubercules vertébraux.

Fig. 3. Vaisseaux sanguins de la membrane qui revêt les cavernes vertébrales.

Fig. 4-8. Tubercule cru, isolé, volumineux, dans le troisième os métacarpien droit.

Fig. 4. Le doigt amputé, montrant en *a* un trajet fistuleux correspondant au tubercule.

Fig. 5. Coupe du métacarpien, montrant un grand tubercule jaune dans son intérieur.

Fig. 6. Éléments microscopiques de ce tubercule.

Fig. 7. Tissu fibroïde et fibro-plastique du trajet fistuleux.

Fig. 8. Granulations pulvérulentes d'une portion crétacée de ce grand tubercule.

Fig. 9-12. Infiltration tuberculeuse d'une partie de la cavité cotyloïde; inflammation de la partie supérieure du fémur chez un enfant.

Fig. 9. Portion du bassin avec la cavité cotyloïde : *a*, portion cariée; *b*, portion infiltrée de matière tuberculeuse.

Fig. 10. Coupe verticale de la partie tuberculeuse du cotyle; *a*, partie cariée à tissu raréfié; *b*, partie tuberculeuse.

Fig. 11. Portion très vasculaire du périoste autour de l'os enflammé.

Fig. 12. Partie enflammée et raréfiée de la tête du fémur et du grand trochanter.

PLANCHE CLXVII.

SPINA-BIFIDA. — EXOSTOSE DE LA LAME PAPYRACÉE DE L'ETHMOÏDE. — EXOSTOSE DU SINUS MAXILLAIRE.

Fig. 1 et 2. Spina-bifida avec kyste osseux de l'extrémité supérieure du tibia. (Musée Dupuytren, n° 329.)

Fig. 1. La pièce vue dans le sens de sa longueur : *a*, extrémité articulaire de la tête du tibia; *b*, partie osseuse végétante externe.

Fig. 2. Face articulaire de la pièce *c*; dessus, vu verticalement d'en haut.

Fig. 3. Exostose de la lame papyracée de l'ethmoïde; la cavité orbitaire en est le siége, et la tumeur, qui était éburnée, la remplissait presque en entier. (Musée Dupuytren, n° 384, *a*.)

Fig. 4-6. Exostose volumineuse du sinus maxillaire.

Fig. 4. La tumeur vue par sa face.

Fig. 5. La figure coupée par le milieu, montrant sa structure éburnée.

Fig. 6. Lame mince de tissu osseux, grossie 200 fois et montrant les canaux et les corpuscules osseux du tissu compacte et éburné.

PLANCHE CLXVIII.

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES ET CANCÉREUSES DES OS.

Fig. 1-7. Tumeur fibro-plastique du maxillaire supérieur, avec nombreux spicules osseux.

Fig. 1. La tumeur coupée par le milieu, montrant en *aa* beaucoup de spicules osseux, et en *bb* un tissu fibro-plastique mou et rougeâtre.

Fig. 2. Quelques spicules osseux isolés.

Fig. 3. Structure de la coupe longitudinale d'un spicule.

Fig. 4. Coupe transversale d'un spicule osseux.

Fig. 5. Tissu fibreux de spicules fibreux non encore ossifiés.

Fig. 6. Tissu de la partie molle de la tumeur, fibroïde et granuleuse.

Fig. 7. Portion du même tissu, composée d'éléments cellulaires fibro-plastiques.

Fig. 8. Tumeur fibro-plastique de l'humérus : *a*, partie supérieure de l'os; *b*, partie inférieure; *cc*, tumeur fibro-plastique qui a détruit la majeure partie de l'os à son niveau. La tumeur est en partie injectée artificiellement.

Fig. 9-12. Cancer de l'os maxillaire inférieur.

Fig. 9. Le maxillaire cancéreux vu par sa face antérieure.

Fig. 10. Le même, vu par sa face supérieure.

Fig. 11. Le maxillaire malade vu dans son intérieur, mis à nu par une coupe verticale.

Fig. 12. Éléments microscopiques du tissu cancéreux.

PLANCHE CLXVIII.

L'explication de la planche CLXVIII, qui précède, s'applique à la planche CLXX ; *il n'y a pas deux planches CLXVIII.*

COUPES DES OS RACHITIQUES (GRANDEUR NATURELLE).

Les figures 1 à 11 proviennent d'un enfant âgé de trente mois. — Voyez, dans le texte, l'observation détaillée de M. Broca.

Fig. 1. Segment antérieur du fémur gauche : *a*, îlot de cartilage épiphysaire ayant échappé à l'ossification.

Fig. 2. Segment postérieur du même fémur : *a*, tissu spongieux très flexible et très raréfié existant à l'extrémité supérieure du canal médullaire; l'extrémité inférieure ne présente plus de traces de ce tissu; *b*, cartilage épiphysaire sain ; *c*, couche chondroïde rachitique ; *d*, couche chondro-spongoïde; *e*, couche spongoïde pure, s'étendant jusqu'au canal médullaire; *f*, couche chondro-spongoïde de l'extrémité supérieure de l'os ; *g*, couche spongoïde ; *h*, fin de la couche spongoïde, qui se continue avec le tissu spongieux de la diaphyse.

Fig. 3. Coupe antéro-postérieure de l'humérus gauche ; *a*, couche chondroïde de l'extrémité supérieure ; *b*, couche chondro-spongoïde très épaisse; *c*, couche spongoïde; *d*, tissu spongieux ; *e*, couche chondroïde de l'extrémité inférieure; *f*, mince couche spongoïde; *g*, tissu spongieux ; *hi*, séquestre mince et flexible presque entièrement détaché, ne tenant plus au reste de l'os que par quelques filaments osseux situés en *i*, et formé par la lame osseuse la plus interne de la diaphyse raréfiée.

Fig. 4. Coupe du tibia : *a*, épiphyse supérieure de cet os.

Fig. 5. Coupe du péroné. C'est le seul os long qui soit le siége d'une courbure bien prononcée. *aaa*, couche osseuse sous-périostale existant seulement dans la concavité de la courbure de cet os ; *b*, épiphyse inférieure en voie d'ossification.

Fig. 6. Coupe de l'astragale et du calcanéum : *a*, coupe de l'astragale ; *b*, cavité médullaire existant au centre du tissu spongieux très raréfié du calcanéum ; *c*, couche spongoïde existant seulement à l'extrémité postérieure de cet os; *d*, couche chondroïde fort épaisse, située entre la couche précédente et le cartilage proprement dit.

Fig. 7. Coupe de l'omoplate : *a*, tissu spongieux très raréfié de la diaphyse ; *b*, cartilage de l'épiphyse coraco-glénoïdienne : le point d'ossification de cette épiphyse existe, mais n'a pas été atteint par la coupe; *c*, couche chondroïde; *d*, couche spongoïde ; *e*, masse cartilagineuse de l'épiphyse inférieure ou angulaire de l'os : le point d'ossification de cette épiphyse n'est pas encore formé; *f*, couche chondroïde et chondro-spongoïde très épaisse; *g*, tissu spongoïde; *hh*, bordure cartilagineuse du bord spinal de l'omoplate. Il n'existe à ce niveau, ni tissu spongoïde, ni tissu chondroïde.

Fig. 8. Coupe d'une côte et du cartilage costal correspondant : *a*, le cartilage à l'état normal; *b*, commencement de la couche chondroïde; *c*, couche chondro-spongoïde ; *d*, couche spongoïde ; *e*, tissu spongoïde de la côte.

Fig. 9. Coupe transverso-verticale de l'humérus droit : injection fine montrant la distribution des vaisseaux dans les couches spongoïde et chondro-spongoïde.

Fig. 10. Coupe transverso-verticale de l'extrémité inférieure du radius : injection fine.

Fig. 11. Coupe de l'extrémité inférieure du cubitus : injection fine.

Fig. 12-13. Fémur et tibia d'un sujet âgé de cinq ans, mort dans la période de réparation du rachitisme.

Fig. 12. Fémur : *a*, extrémité supérieure de la diaphyse ; les couches rachitiques sont entièrement ossifiées; *b*, extrémité inférieure, où la plus grande partie du tissu spongoïde est ossifiée aussi ; *c*, tissu spongoïde encore parfaitement caractérisé ; *d*, couche chondro-spongoïde non encore ossifiée; *e*, couche chondroïde rachitique encore très épaisse : *f*, point d'ossification de l'épiphyse inférieure : le tissu spongieux est très ferme et très dense ; mais la masse osseuse épiphysaire a conservé ses formes irrégulières.

Fig. 13. Coupe du tibia du même enfant. On trouve dans la moitié inférieure du canal médullaire un séquestre tubuliforme, *aa*, entièrement isolé, de couleur jaunâtre, et ayant conservé sa mollesse et sa flexibilité, malgré le travail de réparation qui a rendu au reste de l'os une dureté égale et même supérieure à celle de l'état normal.

Fig. 14. Fracture d'un fémur rachitique au vingt-cinquième jour, petite fille âgée de deux ans. Le rachitisme est encore peu avancé, néanmoins le cal est resté complétement cartilagineux.

PLANCHE CLXIX.

ÉTUDE MICROSCOPIQUE DES OS RACHITIQUES.

Toutes les figures de cette planche, excepté la première, ont été faites d'après des préparations provenant du sujet dont les os sont représentés sur les onze premières figures de la planche précédente.

Les figures 1 et 2 sont destinées à montrer l'analogie des tissus chondroïde et spongoïde normaux et des tissus chondroïde et spongoïde rachitiques. Pour rendre cette analogie plus frappante, on a pris sur un sujet sain le point où ces tissus sont au maximum de développement, et sur le sujet rachitique un des points où ils sont le moins développés. On a employé des grossissements différents pour ramener les dessins à des dimensions à peu près égales et rendre la comparaison plus facile.

Fig. 1. Tranche verticale pratiquée sur l'extrémité inférieure du fémur d'un fœtus à terme, à l'union de la diaphyse et du cartilage épiphysaire (65 diamètres) : *a*, tissu cartilagineux de l'épiphyse : les corpuscules de cartilage sont dispersés dans la gangue ; *b*, *c*, *d*, couche chondroïde normale ayant en ce point du squelette, et à cette époque de la vie, un millimètre d'épaisseur. *b*, commencement de la couche chondroïde : les cellules de cartilage y sont groupées en *îlots* arrondis, séparés par les intervalles où la gan-

gue est uniformément transparente. En se dirigeant vers la diaphyse, on voit les îlots s'accroître, surtout dans le sens longitudinal, et un peu plus loin, *c*, ils prennent la forme de longs *boyaux* pleins de cellules cartilagineuses, et séparés par des intervalles longitudinaux comparables à des *rivières*. En *d*, le tissu chondroïde s'incruste de sels calcaires, et passe à l'état de *tissu spongoïde;* celui-ci forme une couche, *d*, *e*, épaisse d'environ $0^{mm},3$, opaque et de consistance osseuse, mais offrant d'ailleurs la même disposition que le tissu chondroïde, dont il ne diffère que par le dépôt de sels calcaires. Toutefois les boyaux y sont plus larges, les rivières plus étroites et les cellules plus grandes. Lorsqu'on ajoute à la préparation une goutte d'acide chlorhydrique, le tissu spongoïde devient presque entièrement semblable au tissu chondroïde. Au delà du point *e*, le tissu spongoïde, par une dernière transformation, passe à l'état de tissu spongieux, et les éléments cartilagineux qui ont survécu jusque-là font place aux corpuscules osseux.

Fig. 2. Tranche pratiquée sur l'extrémité antérieure ou épiphysaire du troisième métatarsien d'un enfant rachitique âgé de trente mois (38 diamètres): *a*, cartilage de l'épiphyse; *b*, commencement de la couche chondroïde, îlots; *c*, tissu chondroïde proprement dit, boyaux et rivières; *d*, couche spongoïde. La couche chondroïde a $1^{mm},5$ d'épaisseur; la couche spongoïde, plus épaisse, n'est représentée qu'en partie sur la figure. Cette figure montre l'ensemble de la disposition des deux couches chondroïde et spongoïde rachitiques. La structure de ces couches et les modifications pathologiques que subissent les éléments ne peuvent être étudiées que sous des grossissements plus forts et sur les parties du squelette où les lésions sont plus avancées.

Fig. 3 à 8. Examen des différentes parties d'une tranche pratiquée sur l'extrémité inférieure du fémur du même enfant, à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse (grossissement, 250 diamètres). Les couches chondroïde et spongoïde réunies atteignent en ce point une épaisseur moyenne de 22 millimètres. (Voy. pl. CLXVIII, fig. 1-2.)

Fig. 3. Le cartilage de l'épiphyse à un millimètre seulement du commencement de la couche chondroïde. Il est normal.

Fig. 4. Examen de la préparation au commencement de la couche chondroïde: *a*, cartilage presque normal, présentant toutefois des cavités un peu élargies; *b*, *b*, petits îlots formés par la réunion de plusieurs corpuscules de cartilage dans la même cavité; *c*, grands îlots dont les dimensions s'accroissent à mesure qu'on pénètre plus avant dans la couche chondroïde: on n'aperçoit pas encore de paroi cellulaire autour des noyaux de cartilage; *d*, *d*, origine des *boyaux* qui résultent de l'allongement et quelquefois de la fusion des îlots précédents: les noyaux cartilagineux ne tardent pas à paraître entourés d'une paroi cellulaire épaisse et très réfringente; ces cellules sont plus ou moins ovalaires, et leur grand axe est perpendiculaire à l'axe des boyaux; *f*, les *rivières*, constituées par la gangue ramollie du cartilage et comprises dans les intervalles des boyaux: la gangue est très finement grenue, et l'on y aperçoit des stries longitudinales qui lui donnent une apparence légèrement fibrillaire. A mesure qu'on pousse la préparation et qu'on pénètre plus avant dans la couche chondroïde, les rivières vont en rétrécissant et prennent une apparence de plus en plus fibroïde.

Fig. 5. Examen d'une partie de la préparation au centre de la couche chondroïde. Les boyaux ont empiété sur les rivières, qui sont effacées par places; les cellules du cartilage ont acquis beaucoup plus d'ampleur; leurs noyaux, devenus très volumineux, ont pris des formes irrégulières et bizarres, qu'on étudiera mieux sous un plus fort grossissement (voyez fig. 9). En approchant de la partie de la préparation où commence le passage de l'état chondroïde à l'état spongoïde, les cellules deviennent plus petites, s'aplatissent, et s'empilent de plus en plus les unes sur les autres.

Fig. 6. Examen de la préparation à l'origine de la couche chondro-spongoïde: *a*, tissu chondroïde; les cellules sont très aplaties et très allongées, leurs noyaux sont redevenus aussi petits et presque aussi réguliers que dans un cartilage sain; *b*, *b*, deux rivières très rétrécies, offrant une apparence fibreuse; *c*, une rivière presque effacée; *d*, une rivière transversale séparant la partie chondroïde de la partie spongoïde: cette disposition est exceptionnelle; le plus souvent les boyaux se continuent sans interruption; *e*, *e*, première modification du tissu chondroïde. Des dépôts calcaires se sont effectués dans la gangue, dans les intervalles des boyaux. Ceux-ci ont exactement la même structure que dans le tissu chondroïde pur; on y voit les mêmes cellules disposées de la même manière.

Fig. 7. Examen du tissu chondroïde dans l'épaisseur de la couche chondro-spongoïde; *a*, *a*, *a*, trois boyaux bien reconnaissables. Les cellules, de plus en plus pressées, paraissent assez fortement cimentées ensemble; les rivières sont presque effacées.

Fig. 8. Dernière modification du tissu chondroïde, passage à l'état spongoïde proprement dit: *a*, cellules du tissu chondroïde; *b*, *b*, traînées de substance minérale masquant en partie les cellules; *c*, fusion des cellules cartilagineuses dont les parois se confondent avec la gangue; *d*, noyaux cartilagineux persistant seuls au milieu de la gangue, ou substance fondamentale du tissu spongoïde: cette gangue présente une apparence fibrillaire; *e*, *e*, trous arrondis, creusés dans l'épaisseur de la substance fondamentale, et constituant les pores du tissu spongoïde

Fig. 9. Examen du tissu chondroïde sous un grossissement de 560 diamètres, dans la partie déjà représentée sur la figure 5: *a*, une rivière; *b*, *b*, cellules du cartilage, offrant des parois très épaisses et très réfringentes et ayant de $0^{mm},03$ à $0^{mm},04$. Leurs noyaux, très volumineux, *c*, *c*, sont extrêmement irréguliers, comme crispés à leur surface, et ont de 0,015 à 0,020 de diamètre. Au voisinage du tissu spongoïde, les noyaux du tissu chondroïde redeviennent réguliers et n'ont plus qu'environ 0,006.

Fig. 10. Examen du tissu spongoïde le plus ancien, sous un grossissement de 560 diamètres. La gangue paraît renfermer du tissu fibreux; les noyaux ont environ 0,006, ils sont dispersés sans ordre; aucun d'eux n'est entouré de cellule, mais ils présentent tous les caractères des corpuscules de cartilage, et non des corpuscules osseux. Les dépôts calcaires sont beaucoup moins abondants ici qu'ils ne le sont dans les points où le tissu spongoïde naissant se continue avec le tissu chondroïde pur, comme sur la figure 6.

Fig. 11. Examen du *faux* tissu spongoïde sous-périostal qui s'est formé dans la concavité de la courbure du péroné (voy. pl. CLXVIII, fig. 5, *a*, *a*,). Ce faux tissu spongoïde est composé de lamelles entrecroisées comme celles du tissu spongieux normal; seulement ces lamelles sont flexibles et ne renferment pas de sels calcaires. Leur structure est semblable à celle du tissu osseux, si ce n'est qu'en quelques points, qui sont rares, on aperçoit: *a*, quelques traînées d'apparence fibroïde. Du reste, ce tissu, quoi-

que privé de sels calcaires, et ne donnant aucune effervescence avec les acides, renferme des corpuscules osseux parfaitement caractérisés, *b, b*. Il diffère donc entièrement du tissu spongoïde par sa structure aussi bien que par son origine. (Grossissement, 500 diamètres.)

Fig. 12. Étude particulière du tissu chondroïde qui se forme à l'union de la côte avec le cartilage costal, et qui constitue le chapelet rachitique (270 diamètres). Les couches rachitiques ont la même structure dans tous les os du squelette; cette structure se retrouve encore dans le chapelet rachitique. Toutefois le cartilage costal diffère à plusieurs égards du cartilage épiphysaire ordinaire, et c'est sans doute la cause des particularités qui s'observent dans le tissu chondroïde adjacent. *a, a*, deux rivières; *b, b*, deux boyaux. Les cellules cartilagineuses sont vraiment colossales; la cellule *c* n'a pas moins de $0^{mm},08$, c'est le double du diamètre qu'atteignent les plus grandes cellules du tissu chondroïde dans les autres os. Les noyaux, qui sont aussi très volumineux, présentent les formes les plus singulières, *d, d, d*.

PLANCHE CLXX.

TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES ET CANCÉREUSES DES OS.

Cette planche porte bien le n° CLXX. Elle a été décrite par erreur sous le n° CLXVIII, page 28.

PLANCHE CLXXI.

CANCER DES OS CHEZ L'HOMME ET CHEZ LE CHIEN.

Fig. 1-7, et pl. CLXXII, fig. 1 et 2. Cancer hématode des os du crâne et de l'humérus.

Fig. 1. Humérus contenant de la matière encéphaloïde dans son intérieur, offrant en *a* une fracture couverte par une plaque osseuse de nouvelle formation : *bb*, constituant un cal incomplet.

Fig. 2. L'humérus fendu par le milieu : *aa*, fragments de la portion fracturée; *bb*, cal; *cc*, tissu encéphaloïde.

Fig. 3. Cellules cancéreuses : *a*, à aspect ordinaire; *b*, infiltrées de granules.

Fig. 4. Fragments de canaux osseux disséminés à travers la masse cancéreuse.

Fig. 5. Tissu osseux de la partie amincie et atrophiée de l'humérus.

Fig. 6. Corpuscules osseux plus fortement grossis.

Fig. 7. Plaque de cal, montrant des réseaux irréguliers remplis de sels calcaires.

Fig. 8-11. Cancer du tibia chez un chien.

Fig. 8. La jambe cancéreuse, partagée en long par le milieu : *a, a, a*, ostéophytes du tibia; *bbb*, périoste très hypertrophié; *ccc*, tissu encéphaloïde; *dd*, épanchement de sang dans le tissu du cancer.

Fig. 9 et 10. Tissu compacte (fig. 9) et tissu aréolaire (fig. 10) des ostéophytes du tibia.

Fig. 11. Cellules cancéreuses.

PLANCHE CLXXII.

CANCER DES OS DU CRANE. — DESTRUCTION DES OS DU CRANE PAR DES TUMEURS KYSTEUSES. — DESTRUCTION DES OS DU NEZ PAR LA SYPHILIS.

Fig. 1 et 2. Pièces provenant de la malade dont les pièces ont été représentées planche CLXXI, fig. 1-7.

Fig. 1. Crâne vu par sa face interne : *a, a, a*, taches qui correspondent à des tumeurs cancéreuses du diploé; *b*, tumeur cancéreuse ayant usé la lame interne du crâne, entourée en *cc* d'un tissu osseux raréfié, d'apparence vermoulue; *d*, tumeur cancéreuse diffluente adhérente à la dure-mère.

Fig. 2. Partie de la dure-mère, couverte à sa face supérieure d'une tumeur cancéreuse diffluente : *a*, dure-mère; *b*, tumeur cancéreuse.

Fig. 3. Crâne d'une femme qui avait porté pendant longtemps une énorme tumeur enkystée sur la voûte crânienne, et chez laquelle des glandes sébacées hypertrophiées avaient creusé des fossettes à la surface du crâne : *a*, grande perte de substance : *b, b, b*, petites fossettes.

Fig. 4. Coupe du crâne d'un enfant de quatre mois, atteint de syphilis héréditaire, avec destruction des os du nez et de la cavité nasale. *a*, nez aplati; *b*, pointe du nez retroussée; *c*, vaste caverne résultant de la destruction des os du nez et des cornets inférieurs; *d*, cornet supérieur carié; *e*, pus qui remplit la cavité anormale.

PLANCHE CLXXIII.

CARIE SYPHILITIQUE DES OS DU CRANE. — TUMEURS GOMMEUSES SOUS-CUTANÉES.

Fig. 1. Carie étendue de la région pariétale : *aaa*, tissu osseux carié : *b*, portion d'os détachée comme un séquestre : *cc*, membrane pyogénique.

Fig. 2. Voûte du crâne, vue par sa face interne : *a*, paroi interne de la dure-mère, transformée en membrane pyogénique : *bb*, paroi interne très vascularisée de la dure-mère.

Fig. 3. Tumeurs gommeuses sous-cutanées : *a*, *a*, parties ambiantes très vasculaires; *b*, *b*, tumeurs gommeuses.

Fig. 4. Structure microscopique de ces tumeurs : *A*, tissu fibroïde renfermant des corpuscules, noyaux de cellules du tissu connectif ; *B*, cristaux; *C*, cellules, corps fusiformes et noyaux du tissu connectif avant l'état plus avancé et corpusculaire.

Fig. 5. Éléments microscopiques de la surface de la membrane pyogénique qui recouvre la dure-mère.

Fig. 6. Épithélium, granules et agminations granuleuses d'une glande sébacée hypertrophiée.

Fig. 7. Portion d'une papille hypertrophiée, montrant une anse, probablement vasculaire, dans son intérieur.

Fig. 8. Glandule sébacée hypertrophiée, avec son conduit sécréteur.

PLANCHE CLXXIV.

DESTRUCTION PARTIELLE DES OS DU CRANE.

Fig. 1. Vaste perforation de l'écaille du temporal, observée et décrite par Grima (*Mém. de l'Académie de chirurgie*, Paris, 1774, t. V, p. 40 ; et *Musée Dupuytren*, n° 311).

Fig. 2. Destruction de toute la moitié droite de la face et de la base du crâne par un polype du sinus maxillaire supérieur, vue de face, observée par le docteur Sommé, d'Anvers (*Musée Dupuytren*, n° 318, *g*).

Fig. 3. La même pièce, vue du côté droit.

PLANCHE CLXXV.

NÉCROSE DU FÉMUR. — NÉCROSE DE L'HUMÉRUS. — NÉCROSE DU CORONAL. — NÉCROSE DE LA CLAVICULE.

Fig. 1. Nécrose de la partie inférieure du fémur, observée par M. le docteur Jobert de Lamballe; le séquestre traverse l'articulation du genou et pénètre l'extrémité supérieure du tibia (*Musée Dupuytren*, n° 354, *c*).

Fig. 2. Nécrose de la totalité de l'humérus; séquestre complétement invaginé (*Musée Dupuytren*, n° 346).

Fig. 3. Nécrose syphilitique de la presque totalité du coronal, observée par le docteur Sommé, d'Anvers (*Musée Dupuytren*, n° 348).

Fig. 4. Nécrose de la totalité de la clavicule, qui est séparée par un os nouveau. Observée et décrite par M. Cosme d'Angerville (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 361 ; *Musée Dupuytren*, n° 345).

Fig. 5. Même pièce, vue verticale d'en haut.

PLANCHE CLXXVI.

HYDATIDES DES OS (?). — NÉCROSE MULTIPLE DES OS DU CRANE.

Les figures 1, 2, 3, 4, 5 représentent des hydatides du fémur dessinées d'après les pièces présentées à la Société anatomique, en avril 1851, par M. Roussin. L'os, d'un volume ordinaire, offre une cavité médullaire plus considérable qu'à l'état normal; les cellules osseuses sont détruites, et l'on trouve seulement une large cavité s'étendant en bas jusqu'à l'épiphyse. L'amputation de la cuisse a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu par Ph. Boyer (l'observation a été recueillie par M. Roussin, interne de service). La cavité morbide se prolongeait encore dans la portion de la diaphyse située au-dessus de la section. Les hydatides, pourvues d'une poche mère, remplissaient toute la cavité; vers la partie moyenne de l'os, les parois étaient tellement amincies, que le fémur s'est fracturé pendant l'opération. (*Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1851, t. XXVI, p. 134.)

Fig. 1. Partie du fémur après l'opération.

Fig. 2. Section verticale du tiers supérieur de l'os amputé.

Fig. 3. Partie du fémur recueillie après la mort.

Fig. 4 et 5. Section du même os, montrant l'intérieur de l'os.

Fig. 6-8. Carie et nécrose multiple des os du crâne.

Fig. 6. La tête du malade dessinée pendant la vie, montrant sur le front des fistules et des ulcères.

Fig. 7. Voûte crânienne d'un malade mort de fièvre typhoïde, montrant des altérations osseuses syphilitiques variées : *a*, destruction par usure inflammatoire; *b*, hypertrophie et point osseux par périostite plastique, pertes de substance après sortie des séquestres.

Fig. 8. Vingt-deux séquestres successivement extraits pendant la vie.

PLANCHE CLXXVII.

CANCER DU TIBIA. — CANCROÏDE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Fig. 1-3. Cancer du tibia.

Fig. 1. La tumeur de grandeur naturelle, coupée par le milieu : *aaa*, tissu encéphaloïde ; *bbb*, réseaux osseux disséminés à travers le tissu cancéreux ; *ccc*, tissu du tibia, plus compacte et plus décoloré qu'à l'état normal.

Fig. 2. Éléments microscopiques : *aa*, cellules cancéreuses ; *bb*, éléments fibro-plastiques ; *cc*, tissu fusiforme.

Fig. 3. Tissu osseux de la substance encéphaloïde.

Fig. 4-9. Cancroïde gingival, maxillaire ganglionnaire.

Fig. 4. La pièce coupée par le milieu : *aa*, maxillaire inférieur ; *b*, canal dentaire ; *c*, tissu épidermoïdal.

Fig. 5. Tissu épidermoïdal gingival isolé.

Fig. 6. Glande lymphatique infiltrée d'épiderme et en partie suppurée : *aa*, tissu épidermoïdal ; *b*, cavité purulente.

Fig. 7. Eléments microscopiques : *aa*, globes épidermiques ; *bb*, cellules épidermoïdales isolées.

Fig. 8. Cellules épidermoïdales isolées à aspects divers.

Fig. 9. Cellules épidermoïdales et purulentes de la glande lymphatique.

Fig. 10-14. Cancroïde épidermoïdal de la gencive et du maxillaire inférieur.

Fig 10. La tumeur et ses environs vus d'en haut : *a*, coupe du maxillaire ; *bb*, surface mamelonnée du produit morbide ; *cc*, intérieur de son tissu ; *dd*, faisceaux musculaires coupés ; *e*; glande lymphatique infiltrée d'épiderme.

Fig. 11. Le maxillaire inférieur et le produit morbide, coupés par le milieu : *aa*, tissu du maxillaire ; *b*, artère maxillaire inférieure ; *c*, nerf dentaire ; *dd*, canal dentaire ; *ee*, tissu cancroïde.

Fig. 12-16. Globes épidermiques, *aaa* ; cellules épidermiques isolées, *bbb* ; groupements divers des cellules épidermoïdales (fig. 14 *a*, fig. 16) ; leur passage aux globes épidermiques (fig. 15).

Fig. 17. Cellules épidermoïdales en voie d'infiltration granuleuse : *A*, à l'état commençant ; *B*, à l'état plus avancé, au point de rendre l'intérieur des cellules méconnaissable.

PLANCHE CLXXVIII.

MALADIES DES ARTICULATIONS. — RHUMATISME ARTICULAIRE. — INCRUSTATION GOUTTEUSE D'UNE ARTICULATION. — ARTHRITE CHRONIQUE.

Fig. 1-4. Rhumatisme articulaire aigu ; dessins microscopiques.

Fig. 1 et 2. Forte hypérémie de la membrane synoviale avec inégalité du calibre des vaisseaux.

Fig. 3. Hypérémie du péricarde avec ecchymoses.

Fig. 4. *A*, cellules purulentes de la synovie de ce genou ; *B*, cellules épithéliales.

Fig. 5 et 6. Rhumatisme articulaire subaigu du genou.

Fig. 5. Articulation du genou ouverte : *aa*, partie inférieure du fémur ; *bb*, pertes de substance du cartilage avec imbibition sanguine ; *c*, perte de substance et état réticulaire du cartilage, sans imbibition sanguine ; *d*, tête du péroné normale ; *e*, tête du tibia, offrant une surface réticulaire et imbibée de sang.

Fig. 6. Rotule avec les parties molles qui l'entourent : *aa*, rotule ; *b*, perte de substance imbibée de sang.

Fig. 7-9. Incrustation goutteuse d'une articulation du gros orteil.

Fig. 7. La pièce dans son aspect d'ensemble : *aa*, incrustation blanche.

Fig. 8. Coupe verticale du cartilage incrusté : *aa*, lacunes dans sa substance ; *bb*, corps bacillaires formant l'incrustation ; *cc*, tissu osseux voisin.

Fig. 9. Cristaux d'acide urique.

Fig. 10-13. Arthrite chronique du genou avec séquestre dans la tête du tibia.

Fig. 10 et 11. Les deux moitiés de la tête du tibia, fendu par le milieu : *aaa*, cavité ; *bbb* et *cc*, deux séquestres.

Fig. 12. Tête du tibia fortement engorgée, couverte de fausses membranes vascularisées artificiellement injectées.

Fig. 13. Surface inférieure du fémur, couverte aussi de fausses membranes vascularisées.

PLANCHE CLXXIX.

HYDARTHROSE DU GENOU AVEC ALTÉRATION VELVÉTIQUE DU CARTILAGE. — NÉCROSE DU CARTILAGE.

Fig. 1-8. Hydarthrose du genou avec altération velvétique du cartilage.

Fig. 1. La rotule avec la membrane synoviale : *aa*, synoviale; *bb*, état papillaire et velvétique du cartilage.

Fig. 2. Franges synoviales fortement grossies.

Fig. 3-5. Franges velvétiques du cartilage faiblement grossies et à aspects divers.

Fig. 6 et 7. Substance de ces franges fortement grossie (650 fois), pour montrer les divers aspects des cellules de ce cartilage et l'état fibroïde intercellulaire.

Fig. 8. Cellules épithéliales du liquide synovial, renfermant beaucoup de graisse.

Fig. 9-16. Nécrose du cartilage avec formation de corps étrangers articulaires.

Fig 9. Face inférieure du fémur : *aa*, perte de substance du cartilage.

Fig. 10. Face inférieure du fémur de l'autre genou du même malade : *a*, séquestre sur le point de se détacher; *b*, pédicule qui le retient; *c*, état velvétique tout autour.

Fig. 11 et 12. Cartilage normal de ce genou à des grossissements divers.

Fig. 13. Structure des franges velvétiques du cartilage, montrant beaucoup de granulations dans l'intérieur des cellules.

Fig. 14 et 15. État fibroïde du cartilage autour des séquestres.

Fig. 16. Corps irréguliers disséminés par-ci par-là dans cette substance cartilagineuse.

PLANCHE CLXXX.

ALTÉRATION DU CARTILAGE DANS L'ARTHRITE SÈCHE. — ALTÉRATIONS DU CARTILAGE EN GÉNÉRAL.

Fig. 1 et 3-8. Altérations du cartilage, des franges synoviales, et structure des corps étrangers dans l'arthrite sèche.

Fig. 1. Transformation fibreuse et altération des cellules du cartilage : *aa*, éléments fibreux; *bb*, cellules à contour granuleux dans le noyau ou à la place du noyau.

Fig. 3 et 4. Franges synoviales grossies avec leurs nombreux vaisseaux sanguins.

Fig. 5 et 6. Vaisseaux de franges synoviales isolés.

Fig. 7. Tissu osseux d'un corps ostéo-cartilagineux, structure stratifiée avec corpuscules osseux bien évidents.

Fig. 8. Partie de ce même corps plus faiblement grossie, montrant l'application dans les points obscurs, mais sans offrir les détails de structure intime.

Fig. 9-12. Structure du cartilage dans une fracture de la rotule.

Fig. 9. Cartilage vu à un faible grossissement (200 diamètres).

Fig. 10 et 11. Même tissu grossi 500 fois; infiltration granuleuse des cellules.

Fig. 12. Cellules du cartilage, en partie granuleuses, en partie infiltrées de graisse liquide.

Fig. 13 et 14. Arthrite sèche avec altération surtout du coude.

Fig. 13. Tissu cartilagineux profondément altéré : *a*, tissu d'apparence tout à fait fibreuse, par bandes; *bb*, bandes plus larges; *cc*, corps bacillaires (fusiformes, vus de profil); *dd*, corps fusiformes bien caractérisés; *ee*, les mêmes isolés, offrant plus distinctement encore leurs caractères d'éléments cellulaires du tissu connectif.

Fig. 14. *A*, tissu cartilagineux montrant en *aa* des bandes parallèles, renfermant des corps fusiformes à noyaux en *bb*. *B*, même tissu dont les bandes sont effacées, tandis que les corpuscules du tissu connectif sont plus ramifiés et tendent à former un réseau. *C*, même tissu par bandes à aspect ramifié.

Fig. 15-17. Altération du cartilage du fémur dans une arthrite du genou.

Fig. 15. Transformation fibreuse intercellulaire : *a* et *b*, cellules à petits noyaux, à noyaux plus volumineux et à contenu granuleux.

Fig. 16. Tissu cartilagineux granuleux, renfermant des cellules à globulins multiples.

Fig. 17. Tissu cartilagineux montrant en *aa* des réseaux d'ossification, et en *bb* des cellules qui contiennent des globulins, sans noyaux distincts.

Fig. 18. Articulation du genou, rotule entourée de tumeurs polypeuses, nombreuses et volumineuses, provenant de végétations de la membrane synoviale.

PLANCHE CLXXXI.

ARTHRITE SÈCHE, ASPECT A L'ŒIL NU.

Fig. 1-3. Arthrite sèche de la tête du fémur.

Fig. 1. Partie supérieure de la tête du fémur : *a*, la tête ; *b*, végétations cartilagineuses ; *c*, rebord cartilagineux de nouvelle formation.

Fig. 2. Même tête du fémur, vue d'en haut.

Fig. 3. Tête du fémur, coupée par le milieu : *a*, tissu osseux plus compacte ; *b b*, tissu osseux plus raréfié.

Fig. 4. Arthrite sèche très avancée de l'articulation coxo-fémorale, ossification du tendon du muscle droit antérieur, observée par M. le docteur Barth. (*Musée Dupuytren*, n° 561 *b* ; *Bulletins de la Société anatomique*, 1855, p. 3.)

Fig. 5. Extrémité supérieure du fémur, hypertrophiée, extrait de la pièce fig. 6.

Fig. 6. Déformation de l'articulation coxo-fémorale, ossification du bourrelet cotyloïdien. (*Musée Dupuytren*, n° 562.)

PLANCHE CLXXXII.

TUMEUR FIBREUSE DU COTYLE. — TUMEUR BLANCHE DU GENOU. — ALTÉRATIONS DIVERSES DU CARTILAGE. — OSTÉOSARCOMES DE L'HUMÉRUS. — TUMEUR FIBRO-PLASTIQUE DANS UN MUSCLE.

Fig. 1. Tumeur fibreuse de la cavité cotyloïde : *a*, cavité cotyloïde ; *b*, tumeur fibreuse ; *c*, son pédicule.

Fig. 2-5. Tumeur blanche du genou avec hydropisie de la bourse muqueuse, sous le triceps ; tubercule volumineux dans la tête du tibia ; altération du cartilage.

Fig. 2. Coupe de toute la pièce : *a a*, fistule et trajet fistuleux sous-cutané ; *b b*, partie supérieure du tibia ; *cc*, grand et long tubercule de son intérieur, *d*, membrane synoviale enflammée ; *e*, cartilage rotulien altéré, entouré d'une synoviale enflammée ; *f*, péroné ; *g*, bourse muqueuse distendue et enflammée.

Fig. 3-5. Altération profonde du cartilage, montrant la transformation fibroïde et des corpuscules cellulaires irréguliers, ainsi que des traînées granuleuses intra-cellulaires ; on voit encore par-ci par-là des cellules bien conservées.

Fig. 6-8. Altérations du cartilage dans l'arthrite, d'après Reinhart Hein. (*Virchow's Archiv*, t. XIII, pl. II-IV.)

Fig. 6. Augmentation endogène des cellules dans le cartilage du tibia d'un malade atteint d'arthrite tibio-tarsienne. (Fig. 2 du travail de M. Hein.)

Fig. 7. Cartilage dont les corpuscules du tissu connectif sont en voie de transformation en vaisseaux sanguins (*a*, fig. 8.)

Fig. 8. Fissuration du cartilage articulaire du fémur : *aa*, hyperplasie cellulaire ; *b*, couche ossifiante ; *c*, couche osseuse ancienne. (Fig. 13.)

Fig. 9-13. Tumeur cancéreuse de la tête de l'humérus.

Fig. 9. Tissu cancéreux gélatiniforme lobulé.

Fig. 10 et 11. Tissu de la tumeur faiblement grossie.

Fig. 12 et 13. Éléments microscopiques cellulaires, entourés (fig. 12) d'éléments fibroïdes.

Fig. 14-16. Cancer colloïde de l'épaule.

Fig. 14. Tissu cancéreux vu à l'œil nu.

Fig. 15. Cellules cancéreuses.

Fig. 16. Cellules du tissu connectif médullaire de l'os normal, entourant le cancer et servant de point de départ aux cellules cancéreuses.

Fig. 17. Tumeur fibro-plastique de la partie supérieure du muscle vaste externe, près de son attache au bassin : *a a*, tumeur ; *b b*, substance du muscle.

PLANCHE CLXXXIII.

LUPUS SERPIGINEUX. — HERPÈS CIRCINÉ. — PSORIASIS DARTREUX (1).

Fig. 1. Louise Robinet, vingt ans, hôpital Saint Louis, salle Sainte-Foy. — Lupus serpigineux. — Scrofulide maligne inflammatoire et ulcéreuse. L'élément primitif est le tubercule inflammatoire, reconnaissable à sa couleur rouge ou rosée, à son volume, à son sommet acuminé : sur un grand nombre de points se voient des cicatrices parfaitement constituées ou en voie de formation; à la circonférence, existe une sorte de bourrelet saillant, interrompu de distance en distance par des croûtes jaunâtres enfoncées dans les tissus, et qui cachent des ulcérations à tendance destructive et envahissante : ainsi progresse la lésion, à la manière des syphilides serpigineuses. — *aaa*, tubercules cutanés ; *bbb*, cicatrices.

Fig. 2. Delamour, salle Saint-Victor, n° 36. — C'est un beau cas d'herpès circiné pustuleux de la jambe; cette forme est assez rare. On voit un grand cercle irrégulier et incomplet constitué par la réunion d'un grand nombre de petits boutons acuminés, purulents à leur sommet, traversés par des poils; sur d'autres points existent des groupes étoilés ou nummulaires, et sur quelques-uns de ces groupes apparaît une matière blanchâtre, floconneuse, qui indique que la teigne tonsurante est parvenue à sa deuxième période. Cette matière n'est autre que le trichophyton en germination. — *aaa*, boutons acuminés réunis en groupes; *bbb*, matière blanchâtre, trichophyton en germination.

Fig. 3. Salle Saint-Eugène, n° 3. — Psoriasis dartreux des mieux caractérisés; le genou et la partie antérieure de la jambe constituent un de ses principaux siéges d'élection. Ce sont des plaques irrégulières et saillantes recouvertes de squames imbriquées, à reflet chatoyant et nacré.

PLANCHE CLXXXIV.

SYPHILIDES DE FORMES DIVERSES.

Fig. 1. Salle Sainte-Foy, n° 40. — Syphilide papulo-tuberculeuse disséminée (syphilide papuleuse lenticulaire). — L'élément primitif est très variable dans son volume, et peut passer par tous les degrés intermédiaires entre la papule et le tubercule; on le voit à divers degrés de développement dans certains points : *aaa*, ce sont de grosses papules hémisphériques et saillantes ; et sur d'autres, *bbb*, les papules sont affaissées, presque sans saillies ; sur d'autres enfin, *ccc*, elles n'ont laissé en leur place qu'une maculature de couleur jaunâtre.

Fig 2. Syphilide pustuleuse miliaire. — C'est un type remarquable de ce genre d'éruption. Ce sont de petites pustules, disposées en groupes arrondis et figurant des arcs de cercle, *aaa*; ces groupes sont eux-mêmes disséminés sans ordre. Les pustules qui, au début, n'ont en elles-mêmes rien de caractéristique, prennent après un certain temps une couleur jaunâtre des plus tranchées, et laissent après elles une petite cicatrice déprimée, ayant tous les attributs des cicatrices syphilitiques.

Fig. 3. Cette figure représente une syphilide papuleuse en groupes, remarquable par sa teinte foncée rougeâtre et comme ecchymotique ; une sorte d'exsudation sanguine s'est faite dans le tissu cutané, sur le lieu de l'éruption. Les papules se recouvrent çà et là de petites squames épidermiques blanchâtres, surtout à leur circonférence.

Fig. 4. Bourier Marie. — C'est encore une syphilide papulo-tuberculeuse, mais qui diffère de la précédente par le groupement de ses éléments : c'est une syphilide papulo-tuberculeuse en groupes, *aaa*.

PLANCHE CLXXXV.

SYPHILIDES. — SCROFULIDE.

Fig. 1. Briançon. — Syphilide puro-vésiculeuse. Rupia syphilitique. — C'est un bel exemple de syphilide maligne ulcéreuse; elle est arrivée à sa période de cicatrisation; on trouve ici bien marqué l'un des grands caractères des cicatrices syphilitiques : la teinte mate et blanche au centre, *aaa*; l'auréole brunâtre et cuivrée à la circonférence, *bbb*.

Fig. 2. Roséole maculeuse syphilitique. — Cette éruption est caractérisée par sa teinte jaunâtre, et la tendance des éléments qui la composent à se réunir pour former des lignes courtes, des croissants, des cercles.

Fig. 3. Scrofulide maligne inflammatoire et ulcéreuse. — On voit, sur cette figure, des ulcérations irrégulières, à bords décollés, déchiquetés, rougeâtres, *aa*, à fond bourgeonnant; on voit en outre des cicatrices bridées, inégales, saillantes, comme sont les cicatrices scrofuleuses, *bb*.

(1) C'est dans les hôpitaux spéciaux que l'on rencontre les types les mieux caractérisés des affections de la peau. Nous avons été heureux de pouvoir faire dessiner dans le service et sous la direction de M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nos plus belles figures des maladies de la peau (Pl. CLXXXIII, CLXXXIV, CLXXXV, CLXXXVI, fig. 5; pl. CLXXXVII, fig. 5, 6, 7, et pl. CXCIV). Nous saisissons avec empressement l'occasion de remercier publiquement M. le docteur Bazin de son bienveillant concours.

PLANCHE CLXXXVI.

ÉPITHÉLIOMA CANCROÏDE A FORME TUBERCULEUSE. — TUMEURS KÉLOÏDES ET FIBRO-PLASTIQUES.

Fig. 1-4. Tumeurs hypertrophiques kéloïdes de cicatrices.

Fig. 1. Le dos et le bras d'un enfant chez lequel ces cicatrices produites par l'application de la potasse caustique se sont transformées en tumeurs kéloïdes : *aaa*, tumeurs; *bbb*, cicatrices.

Fig. 2. Morceau du derme, montrant des tumeurs isolées ; *b*, groupes de tumeurs confluentes.

Fig. 3. Tissu fibreux : *aa*, fibres ; *bb*, noyaux fibro-plastiques.

Fig. 4. Éléments fibro-plastiques : *aa*, parois cellulaires ; *bb*, noyaux contenus dans les cellules; *cc*, noyaux isolés; *dd*, groupes de corps fusiformes ; *ee*, tissu fusiforme passant à l'état fibreux.

Fig. 5. Dessin communiqué par M. Bazin. — Épithélioma à forme cancroïde tuberculeuse. On voit en *aaa* un groupe considérable de tubercules à différents degrés de développement, les uns petits, durs, à peine saillants ; d'autres volumineux et présentant un point ramolli; d'autres enfin, en *bb*, creusés par une ulcération irrégulière, à fond noirâtre et humide. La peau est complétement dégénérée au niveau de la lésion. Un certain nombre de tubercules ont une coloration bleuâtre, analogue à celle des dilatations veineuses. M. Ch. Robin trouva, à l'examen microscopique, que ces productions étaient constituées en grande partie par l'élément épithélial.

Fig. 6-8. Tumeur fibro-plastique de la région iliaque externe.

Fig. 6. La tumeur entière, coupée par le milieu : *aa*, tissu cellulaire sous-cutané ; *bb*, tumeur principale ; *cc*, tumeur plus petite.

Fig. 7. Tissu fibro-plastique de cette tumeur vu dans son ensemble.

Fig. 8. Éléments fibro-plastiques isolés ; cellules simples, noyaux, corps fusiformes et cellules à prolongements multiples.

PLANCHE CLXXXVII.

PEMPHIGUS. — ECZÉMA.

Fig. 1-4. Pemphigus des parois de la poitrine.

Fig. 1. Petites et grandes bulles de pemphigus gorgées de liquide.

Fig. 2. Ulcères du pemphigus.

Fig. 3. Cicatrices récentes du pemphigus.

Fig. 4. Cicatrices plus anciennes du pemphigus.

Fig. 5. *Pemphigus de la jambe.* — On peut suivre, sur cette figure, la lésion à ses différents états. A la partie inférieure, deux taches congestives semblent annoncer la prochaine formation de bulles : c'est ainsi, en effet, que celles-ci commencent. Plus haut se voient deux bulles encore intactes, ovalaires, très inégales dans leur volume, gonflées d'une sérosité transparente, et entourées d'une zone congestive ; plus haut encore, une bulle circulaire s'est rompue à son centre, où apparaît une exsudation croûteuse, tandis que la circonférence est encore protégée par l'épiderme qui s'est affaissé et réappliqué sur le derme. A la partie supérieure et sur le même plan vertical, existent en outre deux bulles également rompues, et présentant une croûte centrale. Enfin, vers la partie moyenne de la jambe, on voit des croûtes larges, minces, foliacées, juxtaposées, croûtes qui ont succédé à un groupe de bulles pemphigoïdes.

On remarquera l'inégalité de volume des bulles, la teinte rouge animée qui les précède et les entoure comme d'un anneau après leur formation, ainsi que les dilatations variqueuses qui sillonnent la jambe malade.

Fig. 6. *Eczéma sec circonscrit.* — Il affecte ici la forme de disques ou plaques irrégulières nettement circonscrites ; dans cette variété bien distincte, le suintement existe à peine ; la lésion se recouvre presque aussitôt de croûtes épaisses, et les surfaces sont d'ordinaire d'une remarquable sécheresse.

Fig. 7. *Acné varioliforme et Roséole syphilitique.* — Nom donné par M. Bazin à une affection caractérisée par des boutons arrondis, remplis d'un liquide laiteux et présentant à leur centre une dépression qui correspond à l'orifice du follicule sébacé malade : tel est en effet leur siége anatomique. Cette affection était désignée par Bateman sous le nom de *molluscum contagiosum*. Quelques pustules se sont développées sur la cicatrice ombilicale elle-même. Les taches rouges qui maculent la région ne sont autre chose qu'une roséole syphilitique.

PLANCHE CLXXXVIII.

TUMEUR KÉLOÏDE. — TUMEURS FIBROÏDES MULTIPLES. — SPEDALSKED.

Fig. 1-5. Tumeurs fibro-plastiques kéloïdes multiples des parois de la poitrine.

Fig. 1. Les diverses tumeurs dans leur aspect naturel.

Fig. 2. Tissu fibro-plastique montrant des fibres, des noyaux ovoïdes et du tissu transparent intermédiaire.

Fig. 3. Cellules, noyaux oblongs et corps fusiformes fibro-plastiques.

Fig. 4. Fibres élastiques.

Fig. 5. Tissu fibreux.

Fig. 6 et 7. Tumeurs fibroïdes et fibro-plastiques multiples disséminées sur toute la surface du corps. La figure 7 montre plusieurs de ces tumeurs plus isolées et plus distinctes. Leur structure microscopique était fibreuse et fibro-plastique.

Fig. 8. Garçon âgé de treize ans, chez qui se sont complétement développés des tubercules qui confluent à certains endroits et dont beaucoup sont en voie de ramollissement. Les sourcils sont tombés. Il devient spédalsque à l'âge de six ans. (D'après Danielssen et W. Bœck, *Traité de la spedalsked*, pl. II.)

PLANCHE CLXXXIX.

SPEDALSKED. — PELLAGRE (1). — ÉLÉPHANTIASIS.

Fig. 1. Tubercules revêtus de croûtes brunes, épaisses d'environ deux pouces. Ces tubercules sont comme de la corne, et consistent en animalcules morts. Les croûtes tombées, on voit les tubercules ulcérés; et à leur surface, ainsi que dans la masse tuberculeuse même, vivent des millions d'acarus. (D'après Danielssen et Bœck.)

Fig. 2. Éléphantiasis du membre inférieur d'une femme dont les deux extrémités inférieures avaient atteint un tel degré d'éléphantiasis, que chacune égalait presque la grosseur du tronc. La surface était, comme l'indique le dessin, en partie lisse, en partie inégale et bosselée.

Fig. 3. Erythème squameux du dos des mains chez un pellagreux de soixante-quatre ans, né à Reims et n'ayant jamais mangé de maïs. Constitution robuste, hygiène satisfaisante, nourriture ordinaire des ouvriers.

Depuis douze ans, à chaque printemps, retour de la dermatose, des troubles digestifs et de la lypémanie. Le 11 mai 1860, violent accès de manie aiguë, au moment où l'érythème récent commençait à s'exfolier.

Exfoliation complète de l'épiderme, au sortir de l'hôpital, le 5 juin.

Récidive de l'érythème, le 14 juin, sous l'influence du soleil.

La photographie est faite le 4 août 1860.

Les points en voie d'exfoliation sont d'un gris terreux; les points desquamés sont rosés (*mal de la rosa*). Plusieurs gerçures profondes existent vers le métacarpe. (Obs. XI, p. 30, de l'ouvrage *De la pellagre sporadique*, par M. Landouzy, de Reims.

Fig. 4. Érythème dorsal des mains chez un pellagreux de cinquante ans, né dans la Marne et n'ayant jamais mangé de maïs.

Constitution athlétique; excellente nourriture, excellente hygiène.

Depuis treize ans, retour périodique de l'érythème vernal, des accidents digestifs et des accidents cérébraux.

La photographie a été faite, le 4 août, après la desquamation complète de l'érythème vernal survenu en mai. La face dorsale des mains et des doigts est noire avec des intervalles de peau rosée. (Obs. VIII de l'ouvrage de M. Landouzy, page 25.)

Fig. 5. Érythème squameux des pieds, chez un pellagreux de cinquante-cinq ans, né dans les Ardennes, et n'ayant jamais mangé de maïs.

Bonne constitution, mauvaise nourriture, mauvaise hygiène.

Érythème douloureux reparaissant depuis quatre ans, au printemps, avec troubles digestifs, diarrhée, affaiblissement général, rachialgie, tentatives de suicide.

La photographie a été faite le 4 août, au moment où la desquamation était déjà très avancée. Les points en voie d'exfoliation sont d'un gris sale ; les points desquamés sont d'une teinte rosée. (Obs. XIV de l'ouvrage de M. Landouzy, page 35.)

(1) Les figures 3, 4, 5 de la planche CLXXXIX ont été dessinées d'après nature à l'Hôtel-Dieu de Reims, sous la direction de M. le docteur Landouzy; nous prions ce médecin distingué d'agréer nos bien sincères remercîments.

PLANCHE CXC.

CANCROÏDES CUTANÉS. — TUMEUR MIXTE CANCROÏDE ET CANCÉREUSE. — CORNES. — ONGLES DÉFORMÉS.

Fig. 1 et 2. Tumeur cancroïde papillaire du front.

Fig. 1. La tumeur coupée par le milieu, offrant une surface mamelonnée et papillaire.

Fig. 2. Papille composée d'éléments fibro-plastiques : *aa*, corps fusiformes de la surface; *bb*, cellules fibro-plastiques de l'intérieur; *cc*, éléments fibro-plastiques isolés.

Fig. 3 et 4. Tumeur cancroïde de la lèvre inférieure.

Fig. 3. Coupe de la pièce vue à l'œil nu : *aa*, surface cutanée avec poils de barbe; *bb*, infiltration épidermique granuleuse; *cc*, couche glandulaire interne et buccale fortement hypertrophiée.

Fig. 4. Éléments microscopiques. *A*, cellules vues dans leur ensemble, avec quelques globes épidermiques en voie de formation. *B*, cellules concentriques de formes diverses.

Fig. 5-13. Cancroïde épidermique de la peau, couvert de croûtes en forme de cornes.

Fig. 5 et 6. Aspect à l'œil nu : en fig. 5, enduit croûteux ; en fig. 6, celui-ci coupé par le milieu ainsi que le reste de la tumeur : *aa*, tissu épidermoïdal ; *bb*, papilles ; *cc*, croûtes en forme de cornes.

Fig. 7. Enveloppe épidermique d'une papille.

Fig. 8 et 13. Cellules épidermoïdales de la tumeur vue de face.

Fig. 9. Globe épidermique.

Fig. 10, 11 et 12. Cellules épidermoïdales vues de côté, ressemblant à des fibres et à des corps fusiformes dans leur ensemble.

Fig. 14. Cornes développées dans un kyste du cuir chevelu : *aa*, parois du kyste ; *bb*, cuir chevelu ; *cc*, cornes.

Fig. 15 et 16. Ongles fortement recourbés et très allongés du pied d'un idiot.

Fig. 17-19. Cancer mixte récidivé de la lèvre inférieure.

Fig. 17. Trame fibro-plastique, composée de noyaux ovoïdes et de corps fusiformes.

Fig. 18. Cellules épidermoïdales de la tumeur.

Fig. 19. Éléments cancéreux. *A*, cellules étroitement juxtaposées ; *B*, cellules contenues dans une enveloppe commune ; *C*, éléments cancéreux isolés, mêlés avec quelques petits noyaux, sans type distinct.

Tous les dessins des figures 17-19 montrent aussi les passages insensibles des cellules du tissu connectif à celles du cancer.

PLANCHE CXCI.

FŒTUS ATTEINT DE PETITE VÉROLE. — TUMEURS PAPILLAIRES ET CANCROÏDES DE LA RÉGION MAMMAIRE. — PITYRIASIS VERSICOLOR.

Fig. 1-8. Fœtus de quatre mois, atteint de petite vérole.

Fig. 1. Le fœtus, de grandeur naturelle, montrant des pustules jaunes de variole.

Fig. 2. Couche épidermique du fond de la pustule, dans le réseau de Malpighi.

Fig. 3. Pustule faiblement grossie.

Fig. 4. Glandule de la peau en voie de formation.

Fig. 5-7. Divers états du développement du poil depuis sa formation intra-folliculaire jusqu'à son accroissement au-dessus de la surface du derme.

Fig. 8. Couche profonde du réseau de Malpighi dans le fond de la pustule variolique. On y voit des vaisseaux sanguins et de jeunes cellules d'épiderme.

Fig. 9 et 10. Épithéliome papillaire de la région du sein.

Fig. 9. Pièce récidivée plusieurs années après la première opération, montrant tout à fait la structure de l'épithéliome.

Fig. 10. Grand épithéliome papillaire de la peau de la région mammaire.

Fig. 11. *Pityriasis versicolor* de la région ombilicale (dessin communiqué par M. Bazin). — Affection parasitaire, causée par le *Microsporon furfur*, et qui se présente sous forme de taches qui s'étendent irrégulièrement dans tous les sens, à la manière d'un liquide répandu, restant isolées dans quelques points, se confondant dans d'autres pour constituer de larges plaques : ces taches ont une couleur café au lait caractéristique. La légère exfoliation qui les recouvre, étant souvent presque invisible, n'a pu être représentée sur la figure.

PLANCHE CXCII.

CANCER CUTANÉ MÉLANIQUE. — CANCERS ENCÉPHALOÏDES ET MIXTES DES LÈVRES. — SYPHILIDE DE LA TÊTE ET DU BRAS.

Fig. 1-3. Cancer mélanique de la peau.

Fig. 1. La tumeur coupée par le milieu : *a a*, peau normale ; *b b*, partie encéphaloïde de la tumeur ; *c c*, partie mélanique ; *d d*, tissu cellulaire sous-cutané.

Fig. 4-6. Cancer récidivé de la lèvre supérieure.

Fig. 4. La lèvre très épaissie, cancéreuse dans son intérieur.

Fig. 5. Coupe fraîche du tissu cancéreux mou et encéphaloïde.

Fig. 6. Cellules cancéreuses à parois cellulaires irrégulières ou fusiformes.

Fig. 7-9. Cancer récidivé mixte de la lèvre inférieure.

Fig. 7. La partie malade vue par la surface.

Fig. 8. Coupe verticale : *a a*, tissu squirrheux ; *b b*, tissu épidermoïdal.

Fig. 9. Éléments microscopiques : *aa*, cellules cancéreuses ; *b*, globe épidermique ; *c*, cellules épidermoïdales.

Fig. 10 et 11. Syphilide tubéreuse.

Fig 10. Syphilide de la face.

Fig. 11. La même, au bras.

La structure était fibro-plastique, comme dans les tumeurs gommeuses de formation récente. Cette même femme avait des tumeurs gommeuses dans le cœur, dans les ovaires et dans le col de la matrice.

PLANCHE CXCIII.

SCLÉRO-DERMOSIE.

Dessin fait à l'hôpital Necker, sous la direction de M. le docteur Follin.

Fig. 1. Jeune fille âgée de dix-huit ans, sur laquelle on observe à la région du cou, au-dessous et en arrière de l'oreille gauche, des plaques plutôt blanches que jaunes, toujours isolées : *a*, *b*.

Fig. 2. Sur l'avant-bras de la même malade, on observe une ligne blanchâtre, ressemblant à une cicatrice de bubon, à son niveau la peau présente à peine un peu de rudesse ; le mal, bien limité à une ligne sinueuse indiquée, commence au-dessus du poignet et s'arrête au-dessous de l'articulation du poignet.

PLANCHE CXCIV.

DIVERSES FORMES DE TEIGNE.

Fig. 1. *Teigne faveuse urcéolaire cohérente. Favus épidermique.* — M. Bazin a admis trois variétés de favus : 1° favus urcéolaire ; 2° favus scutiforme ; 3° favus squarreux. C'est le favus urcéolaire qui se trouve ici représenté : il est cohérent, à cause du rapprochement et de la déformation réciproque des godets les uns par les autres ; mais on trouve encore de beaux vestiges de la forme urcéolaire primitive sur les confins des plaques, et surtout dans leur intervalle, où existe un magnifique godet, pur de toute altération. La couleur sèche, jaune soufré des croûtes, l'altération des cheveux, qui sont rares, ternes, grêles, au niveau de la lésion, l'alopécie dans certains points, tels sont les principaux signes que permet d'apprécier la figure. Les taches que l'on voit sur le front et la joue sont également formées par le végétal parasite : c'est du favus épidermique.

Fig. 2. *Teigne tonsurante du cuir chevelu à sa deuxième période.* — Ce sont deux tonsures bien caractérisées par leur forme arrondie, leur surface légèrement rugueuse et saillante, les poils cassés qui les recouvrent, et surtout par leur couleur bleuâtre et ardoisée, due à une exagération du pigment.

Fig. 3. *Teigne pelade achromateuse* (*Microsporon* d'Audouin). — Plaques ovalaires, remarquables par leur décoloration, le fin duvet qui les recouvre, et l'absence des cheveux, qui sont remplacés par des poils follets presque imperceptibles, et que la pince de l'épileur a peine à saisir.

PLANCHE CXCV.

MORVE AIGUË. — (D'après des dessins faisant partie de la collection de M. Rayer.)

Fig. 1. Coupe des fosses nasales d'un homme atteint de morve aiguë, montrant l'éruption aiguë de la morve sur le cornet inférieur et le cornet moyen. On voit des rougeurs sur la membrane muqueuse de la cloison, tirée en haut, et dont la partie supérieure, déchirée et tordue sur elle-même, offre une légère couche de lymphe plastique déposée à sa face interne et contiguë aux parties osseuses de la cloison.

Fig. 2. Coupe des fosses nasales d'un homme atteint d'une morve aiguë, développée à la période ultime d'une morve chronique. La cloison est largement perforée, et l'on remarque une éruption aiguë considérable d'élevures à la partie postérieure de la cloison et à la voûte palatine, dans le voisinage du voile du palais.

Fig. 3. Larynx ouvert par la partie postérieure, offrant à la face inférieure de l'épiglotte, et sur les lèvres des ventricules, une éruption morveuse confluente.

Fig. 4. Portion de poumon de cheval atteint de morve aiguë, et sur laquelle on a pratiqué deux incisions longitudinales. Sur l'une d'elles, on remarque, *a*, une large infiltration de lymphe plastique parsemée de petites granulations; sur l'autre, *b*, on voit plusieurs noyaux de dépôts morveux dont quelques-uns sont ramollis et ont un aspect puriforme. (Comparez, avec les altérations observées dans le poumon d'un homme mort de la morve aiguë et représentées pl. II, fig. 3, Rayer, *De la morve et du farcin chez l'homme*.)

Fig. 5. Portion de la cloison des fosses nasales provenant d'un cheval atteint de morve aiguë, et sur laquelle on remarque un grand nombre d'élevures rougeâtres, une large ulcération gangréneuse très irrégulière, et plusieurs autres ulcérations aiguës non gangréneuses.

Fig. 6. Ulcération pustuleuse à la peau, dans un cas de morve aiguë farcineuse chez l'homme.

Fig. 7. Coupe d'une élevure farcineuse, dans un cas de morve aiguë chez l'homme.

Fig. 8. Boutons de farcin aigu à la peau, chez le cheval.

Fig. 9. Portion de la cloison des narines d'un cheval sur laquelle on remarque plusieurs ulcérations de morve aiguë *a*, et d'autres ulcérations propres à la morve chronique, *bb*.

Fig. 10. Cordon de vaisseaux lymphatiques enflammés, dans le voisinage d'une éruption de farcin aigu, chez le cheval.

PLANCHE CXCVI.

MORVE CHRONIQUE. — (D'après des dessins faisant partie de la collection de M. Rayer.)

Fig. 1. Larynx de cheval atteint de la morve chronique, et sur lequel on remarque de nombreuses ulcérations à la face inférieure de l'épiglotte, au-dessus des cordes vocales supérieures et sur les cordes vocales inférieures.

Fig. 2. Cette figure représente la surface interne du larynx et d'une partie de la trachée d'un palefrenier mort de la morve aiguë à la suite d'une morve chronique, avec altération de la voix, et dont l'observation a été recueillie par M. Tardieu, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité, et publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, en 1841. La membrane muqueuse qui revêt le larynx et la trachée n'est qu'une vaste cicatrice; des brides fibreuses très résistantes, disposées en lignes nombreuses, interceptées, étoilées, réunies de mille manières, constituent un réseau irrégulièrement aréolaire qui occupait toute l'étendue de la face interne du larynx, de la trachée et même de la partie supérieure de la bronche gauche. L'épiglotte offre une surface d'un blanc jaunâtre, chagrinée, creusée d'une foule de diverticules qui pénètrent jusqu'à la substance du cartilage; celui-ci est détruit dans plusieurs parties; la membrane muqueuse qui a résisté est rosée et mamelonnée. La glotte est intacte, et la face interne du ventricule n'offre aucune trace d'ulcérations récentes ou anciennes. La trachée étant ouverte par la partie postérieure, il est impossible de l'étaler complétement; des brides très résistantes vont s'insérer à l'extrémité des demi-cerceaux cartilagineux, les recourbent, les fixent en leur faisant former une sorte de gouttière qui constitue en certains endroits de la trachée de véritables ventricules de 8 à 10 millimètres de profondeur, et qui sont limités, en haut et en bas, par des fibres ligamenteuses réfléchies dont l'insertion correspond aux points où la trachée est rétrécie.

Fig. 3. Portion de la cloison des fosses nasales d'un cheval atteint de morve chronique, et sur laquelle on remarque de larges ulcérations, *aa*, et de nombreuses cicatrices en forme de brides, *b b*.

Fig. 4. Portion de la cloison des fosses nasales d'un cheval atteint de morve chronique et d'une éruption ultime de morve aiguë: *a*, large ulcération chronique entourée d'élevures aiguës; *b b*, brides ou cicatrices de morve chronique surmontées d'élevures de morve aiguë.

Fig. 5. Cornet de cheval atteint de morve chronique. La face interne du cornet présente un grand nombre d'élevures mamelonnées, incolores. Le tissu osseux du cornet est extrêmement épaissi.

Fig. 6. Ganglion lymphatique sous-maxillaire très volumineux, mamelonné à sa surface (glandage); les fosses nasales du même côté offraient un grand nombre d'ulcérations morveuses.

PLANCHE CXCVII.

DES MODIFICATIONS CELLULAIRES DANS LES MALADIES.

Fig. 1. Cellules diaphanes de l'intérieur de l'ovule non fécondé de la grenouille: *aa*, paroi cellulaire; *b b*, noyaux; *cc*, nucléoles.

Fig. 2. Cellules d'une tumeur cancéreuse du sein: *aa*, parois; *bb*, noyaux; *cc*, nucléoles; *dd*, contenu granuleux des cellules.

Fig. 3. Type d'un animal unicellulaire; amœbes d'une plaie de la grenouille: *aa*, surface contractile; *bb*, organe interne ressemblant à un noyau.

Fig. 4. Type d'une plante unicellulaire, petit champignon des vers à soie: *aa*, cellules simples; *bb*, cellules en voie de division; *cc*, deux cellules presque séparées par division.

Fig. 5. Cellules plates épidermoïdales: *aa*, parois aplaties; *bb*, noyaux.

Fig. 6. Cellules épithéliales des bronches de formes diverses: *aa* et *bb*, passage de la forme pavimenteuse à la cylindrique; *cc*, cellules tout à fait cylindriques; *dd*, épithéliums vibratiles; *ee*, cils vibratiles.

Fig. 7. Éléments fibro-plastiques d'une épulis à forme cellulaire très variée: *a*, cellule ronde; *b* et *c*, cellule allongée; *d*, corps fusiforme simple; *ee*, corps fusiformes divisés à l'une de leurs extrémités; *f*, cellule avec un noyau en voie de division; *g*, cellules à noyaux multiples; *h*, plaques irrégulières à noyaux multiples; *i*, plaque en voie d'altération granuleuse.

Fig. 8. Corde dorsale du triton et de la grenouille: *A*, corde dorsale du têtard du triton, montrant en *a* les parois cellulaires, et en *b* les noyaux. *B*, corde dorsale du têtard de grenouille: *a*, cellules sans noyaux; *b*, cellules à noyau.

Fig. 9. *A*, cellules du tissu connectif adipeuses, privées de leur contenu graisseux (Kœlliker, *Mikrosk. Anat.*, Leipzig, 1850, p. 20, fig. 9, 1): *aa*, noyaux; *bb*, cellule du tissu connectif devenue granuleuse; *c*, granules de l'intérieur de la cellule. *B*, cellules adipeuses d'un lipome: *aa*, grandes cellules remplies de graisse, ne laissant plus voir le noyau; *bb*, petites cellules; *cc*, granules et petites vésicules de graisse.

Fig. 10. Cellules rouges de sang: *aa*, cellules accolées les unes aux autres; *bb*, cellules isolées à forme irrégulière.

Fig. 11. Cellules d'une tumeur cancéreuse, montrant les divers degrés de l'infiltration granuleuse et graisseuse: *aa*, parois; *bb*, noyaux; *cc*, nucléoles; *dd*, commencement d'infiltration granuleuse; *ee*, degré plus avancé; *ff*, infiltration complète.

Fig. 12. Épithélium cylindrique de l'iléum d'un lapin, montrant les canaux poreux de la surface (d'après Frey, *Histologie* et *Histochemie*, p. 128): *a*, cellules vues de profil avec le rebord poreux légèrement décollé; *b*, cellules vues d'en haut, le point correspondant à l'ouverture des canaux poreux; *c*, cellules à bords plus complétement décollés; *d*, cellule dont le bord se divise en petits bâtonnets isolés.

Fig. 13. Cellules à pigment mélanique d'une tumeur cancéreuse de l'orbite: *a*, membrane; *bb*, granules pigmentaires dans la cellule; *c*, cellule remplie presque de pigment; *dd*, noyaux cellulaires pigmentés.

Fig. 14. Cellules adipeuses renfermant de la margarine: *a*, cellules renfermant les cristaux; *b*, cristaux libres sortis de la cellule.

Fig. 15. Cristaux d'hématoïdine dans des cellules. *A*, cellule (*a*) du cerveau renfermant un cristal hématique (*b*). *B*, cellule cancéreuse renfermant des cristaux d'hématoïdine (Robin, *Chimie anatomique*, pl. XLIV, 3, *a*): *a*, paroi cellulaire; *b*, cristaux d'hématoïdine; *c*, globules hématiques; *d*, noyau. *C*, cellule adipeuse contenant des cristaux de margarine en *a*; *b*, groupe de ces mêmes cristaux colorés en rouge par de l'hématoïdine.

Fig. 16. Formation des cellules du pus chez la grenouille: *aa*, petites cellules homogènes, sorties probablement de cellules du tissu connectif; *bb*, cellules dans lesquelles on voit déjà un noyau *c*; *dd*, cellules du pus complètes, montrant en *ee* des noyaux en voie de division.

Fig. 17. Développement cellulaire semblable, provenant d'une tumeur cancéreuse: *aa*, petites cellules homogènes; *b*, petit noyau à deux nucléoles; *c*, petite cellule à noyau et nucléoles; *d*, cellule complète; *e*, grande cellule type; *f*, cellule devenue méconnaissable par l'infiltration granuleuse.

Fig. 18. Cellules cancéreuses en voie d'hyperplasie nucléaire, d'autres en voie de dégénération: *aa*, parois; *bb*, noyaux; *cc*, nucléoles; *dd*, cellules en voie d'hyperplasie nucléaire; *ee*, cellules en voie de dégénération granuleuse.

Fig 19. Cellules plates d'un épithélium: *aa*, membrane cellulaire; *bb*, noyaux; *cc*, noyaux entourés d'une auréole transparente; *de*, cellule épithéliale vue de côté, et par cela d'apparence fusiforme; *e*, noyau libre.

Fig. 20. Globes concentriques d'épiderme: *a*, cellules concentriques d'apparence fusiforme; *bb*, éléments cellulaires du centre; *c*, commencement de dégénération granulo-graisseuse dans l'intérieur de ces globes.

Fig. 21. Cellules musculaires organiques d'une vessie hypertrophiée dans sa couche musculaire: *aa*, parois; *bb*, noyaux.

Fig. 22. Une préparation de la même pièce, rendue transparente par l'acide acétique: *aa*, noyaux allongés et étroits; *b*, cellule montrant le noyau en voie de division; *c*, fibres élastiques.

Fig. 23. Cellules cancéreuses, montrant la transformation des nucléoles en noyaux, à nucléoles secondaires: *aa*, membrane; *bb*, noyaux; *cc*, nucléoles devenus noyaux; *dd*, nucléoles secondaires.

Fig. 24. Élément cellulaire des tubercules ne montrant point de différence entre la paroi cellulaire, le noyau et le nucléole.

Fig. 25. Cellules du tissu connectif avec les réseaux qu'elles constituent (Frey, *op. cit.*, p. 147, fig. 86). Ces cellules, provenant du tissu connectif d'un embryon de cochon de 8 lignes de longueur, montrent en *a* et *b* des cellules rondes et allongées, en *c* et *d* des cellules à prolongements multiples, en *e* et *f* des cellules à prolongements filiformes très grands, et en *g* et *h* des réseaux constitués par la communication de ces prolongements.

Fig. 26 et 27. Cellules organo-plastiques d'un têtard de grenouille, montrant les passages à la formation de réseaux pigmentaires.

Fig. 26. Cellules à prolongements commençants: *aa*, parois; *bb*, noyaux; *cc*, prolongements.

Fig. 27. Réseau provenant de l'allongement ultérieur et de la communication de ces prolongements cellulaires.

Fig. 28. Membranes cellulaires secondaires dans le cartilage (Frey, *op. cit.*, p. 127, fig. 61): *aa*, paroi primaire; *bb*, paroi secondaire; *cc*, noyau.

Fig. 29. Cellules cancéreuses à parois cellulaires secondaires: *aa*, noyaux; *bb*, parois cellulaires primitives; *cc*, parois cellulaires secondaires, soulevées peut-être par imbibition aqueuse.

Fig. 30. Type de la division cellulaire dans le cartilage (Frey, *op. cit.*, p. 135): *aa*, paroi cellulaire primitive; *bb*, paroi cellulaire secondaire; *cc*, noyaux; *dd*, cellules endogènes; *e*, formation ultérieure du contenu des cellules ainsi nées de division. Les numéros 1 à 9 ont la signification suivante: nº 1, cellule à noyau simple; nº 2, cellule avec un noyau à deux nucléoles; nº 3, noyau en voie de division; nº 4, noyau divisé en deux noyaux bien séparés; nº 5, commencement de division dans la membrane primitive; nº 6, division cellulaire plus avancée; nº 7, division cellulaire complète; nº 8, division de la cellule primitive en quatre: *b*, paroi cellulaire; *dd*, cellules endogènes; *e*, contenu cellulaire autour des quatre cellules nées de cette division; nº 9, cellule mère à cellules internes multiples.

PLANCHE CXCVIII.

DES MODIFICATIONS CELLULAIRES DANS LES MALADIES.

Fig. 1. Tissu fibro-plastique d'une tumeur de la joue, montrant des passages à la forme des cellules du cancer : *a a*, cellules du tissu connectif; *bb*, cellules allongées ; *c c*, cellule à division nucléaire manifeste ; *d d*, cellule à division nucléaire dont les noyaux ressemblent à ceux de la cellule cancéreuse ; *e*, noyau libre à grand nucléole comme ceux du cancer.

Fig. 2. Éléments fibro-plastiques d'une tumeur des méninges montrant la formation de petits lobules par des cellules multinucléaires entourées d'une manière concentrique par des corps fusiformes : *aa*, cellules rondes ; *bb*, cellules fusiformes ; *c*, cellule fusiforme allongée montrant des noyaux en voie de division et d'hyperplasie ; *d d*, cellules plus grandes à noyaux multiples ; *ee*, grandes cellules contenant des noyaux et des cellules secondaires, entourées de couches concentriques de corps fusiformes.

Fig. 3. à 6. Végétations cartilagineuses d'un genou malade, montrant des formes variées d'hyperplasie cellulaire. — Fig. 3. Papille cartilagineuse faiblement grossie, avec ses cellules. — Fig. 4. Portion plus fortement grossie, montrant des cellules à noyaux multiples.— Fig. 5. Autre portion, dont les grandes cellules renferment un certain nombre de cellules complètes.— Fig. 6. Autre préparation dans laquelle la division nucléaire a plutôt lieu dans le sens de sa longueur, ce qui donne de la ressemblance avec les cellules allongées du tissu connectif en voie d'hyperplasie.

Fig. 7 et 8. Hyperplasie de cellules du cartilage avec transformation fibreuse de la substance intercellulaire : *aa*, cellules à noyaux multiples ; *bb*, substance intercellulaire indistinctement fibreuse dans la figure 7, distinctement fibreuse dans la figure 8.

Fig. 9 et 10. Hyperplasie des cellules de la cornée après des expériences faites pour y provoquer de l'inflammation (d'après His, *Beiträge zur normulen und pathologischen Histologie der Cornea*, Basel, 1856, pl. VI, fig. 1 et 3).

Fig. 9. Cellules élargies de la cornée à noyaux divisés.

Fig. 10. Hyperplasie à cellules et à noyaux multiples, beaucoup plus avancée que dans la figure précédente. Cette préparation provient de la cornée d'un lapin six semaines après l'introduction d'un fil.

Fig. 11. Division des cellules du tissu connectif avec formation de cellules du pus (Virchow, *Pathologie cellulaire*, p. 379, fig. 137). Granulation puriforme du tissu cellulaire sous-cutané d'un lapin autour d'un fil de ligature : *a*, cellules ordinaires du tissu connectif ; *b*, cellules à noyaux en voie de division ; *c*, division cellulaire multiple ; *d*, cellules rondes à division nucléaire, cellules du pus.

Fig. 12. Formation du tubercule de cellules hyperplasiques du tissu connectif ; ces tubercules existaient dans le foie d'un homme mort de phthisie pulmonaire : *a*, cellules fusiformes de la périphérie ; *b* et *c*, cellules fusiformes à division nucléaire ; *d*, cellule ronde à division nucléaire ; *e*, cellules irrégulières sans différence en membrane et noyau, corpuscules du tubercule à l'état isolé ; *f*, les mêmes dans leur ensemble, formant surtout l'intérieur des tubercules.

Fig. 13. Formation du tubercule de cellules du tissu connectif dans l'épididyme : *a* et *b*, cellules à noyaux simples ou en voie de division ; *c* et *d*, corpuscules isolés avec quelques noyaux caractéristiques. Je serais plus disposé à envisager ces corpuscules comme des noyaux racornis que comme des cellules incomplétement développées.

Fig. 14. Formation de cellules cancéreuses par des cellules du tissu connectif : *a a*, noyaux libres de cellules connectives ; *b b*, corps fusiformes ; *c c*, cellules allongées à noyaux plus volumineux ; *c'* une de ces cellules avec deux noyaux ; *d d*, cellules à noyaux et à nucléoles volumineux ayant davantage les caractères de celles du cancer ; *e*, cellule cancéreuse avec un noyau divisé en deux ; *e'* prolongement caudiforme de cette cellule ; *f f f*, cellules cancéreuses types.

Fig. 15 et 16. — Fig. 15. Diverses parties d'une tumeur de la hanche avec passage des cellules du tissu connectif en celles du cancer : *aa*, cellules fusiformes connectives ; *b b*, petites cellules ; *cc*, cellules plus volumineuses, sans type distinct ; *dd*, granules graisseux. — Fig. 16. Éléments divers d'une autre portion de la même tumeur, montrant mieux les passages aux cellules du cancer : *a*, cellule fusiforme ; *b*, cellules sans type ; *c*, cellule fusiforme granuleuse dans son intérieur ; *d*, *e* et *f*, passages successifs à des cellules du cancer bien caractérisées.

Fig. 17 et 18. Grands globes concentriques d'un cancer gélatiniforme du sein ; la figure 18 n'est qu'un grossissement plus fort de la figure 17 : *aa*, globes concentriques ; *b b*, éléments cellulaires de l'intérieur ou de l'interstice des lamelles, en voie d'hyperplasie considérable.

PLANCHE CXCIX.

CONCRÉTIONS PIGMENTAIRES ET AMYLOÏDES DANS DES CELLULES. — CRISTAUX DES DIVERSES SUBSTANCES QUI ONT DE L'IMPORTANCE EN PATHOLOGIE.

Fig. 1 et 2. Cellules et plaques colorées par la matière colorante de la bile. — Fig. 1. Cellules épithéliales du rein colorées par le pigmen biliaire, par suite de l'obstruction complète du canal cholédoque : *a*, noyaux et jeunes cellules colorées en jaune, vert, brun et brun rougeâtre ; *b*, épithélium à couches pigmentaires autour du noyau ; *c*, épithéliums plus grands, colorés en vert brun ou rouge. — Fig. 2. Masses pigmentaires en partie plaquées, en partie irrégulières, même anguleuses, de couleur brune ou noire, des canaux urinifères. (Frerichs, *Leberkrankheiten*, pl. I, fig. 12.)

Fig. 3, 4 et 5. Concrétions de la prostate incolores ou colorées par l'iode ou par l'action combinée de l'iode et de l'acide sulfurique. Les figures 3 et 5 sont empruntées à la thèse de Paulisky (*De prostatæ degeneratione amyloidea et concretionibus*, Berolini, 1857).

Fig. 3. *A*, *a*, *b*, *c*, cellules de la prostate, colorées par l'iode en brun et en violet. *B*, commencement de la formation concentrique dans ces cellules colorées en partie par l'iode : *a*, cellule transparente ; *b*, cellule finement granuleuse ; *c*, cellule contenant des granules et un commencement de couches ; *d* et *e*, globulins verdâtres ; *f* et *g*, corpuscules renfermant quelques granules graisseux.

Fig. 4. Concrétions prostatiques bien développées, incolores : *a*, grandes cellules avec un commencement de couches ; *b*, *c*, *d* et *e*, stratification concentrique de plus en plus marquée et complète.

Fig. 5. Grandes concrétions concentriques colorées par l'action combinée de l'iode et de l'acide sulfurique.

Nous avons groupé les cristaux dont les figures vont suivre, d'après les principes de division de la chimie organique, en acides non azotés, acides azotés, bases organiques non azotées et azotées du règne animal, et substances biogènes non azotées.

Fig. 6. Margarine et acide margarique (Funke, *Atlas der physiologischen Chemie*, 2e édition, Leipzig, 1858, pl. XVII, fig. 5). On voit les aiguilles droites ou recourbées par petits groupes ou par groupes étoilés, libres ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Fig. 7. Stéarine et acide stéarique (Funke, pl. VI, fig. 6). Stéarine en plaques rhombiques ou presque carrées, ou en faisceaux étoilés, ou en groupes divers, en feuilles rhombiques à angles émoussés.

Fig. 8. Acide hippurique, préparé par moi, de l'urine du cheval ; prismes plus ou moins allongés, à angles et faces bien nettes, ressemblant un peu aux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Fig. 9. Acide cholique (Funke, pl. VIII, fig. 4) composé de prismes.

Fig. 10. Acide glycocholique en aiguilles prismatiques (Funke, pl. VIII, fig. 5).

Fig. 11. Glycocholate de soude à aiguilles très allongées, d'après mes préparations.

Fig. 12. Taurine, également d'après mes préparations.

Fig. 13 à 15. — Fig. 13. Cholestérine (Funke, pl. VI, fig. 1-3). Plaques rhombiques ordinaires. — Fig. 14. Cholestérine traitée par l'acide sulfurique, du rouge au violet selon le degré de concentration de l'acide. — Fig. 15. Cholestérine colorée par l'iode et l'acide sulfurique.

Fig. 16 et 17. Acide urique d'après Funke (pl. VIII, fig. 2 et 3). Cristaux rhombiques à angles émoussés, d'aspects divers.

Fig. 18. Acide urique sans forme typique, obtenue par moi d'excréments de serpent.

Fig. 19. Cristaux violets en fer de lance d'uroglaucine, modification de l'acide urique, obtenus par moi de l'urine d'une femme atteinte de fièvre typhoïde fort grave, et dont l'urine contenait les pigments bleus et rouges de l'indigo.

Fig. 20. Urée de l'homme, d'après mes préparations.

Fig. 21. Allantoïne de mes préparations.

Fig. 22. Sarcine en feuillets granuleux irréguliers, de mes préparations.

Fig. 23-27. Xanthine et hypoxanthine du cerveau à l'état normal. — Fig. 23. Xanthine pure — Fig. 24. Sulfate d'hypoxanthine. — Fig. 25. Hypoxanthine pure. — Fig. 26. Hydrochlorate d'hypoxanthine à l'état macroscopique. — Fig. 27. Le même, à l'état microscopique. (Lorenz, *Ueber die chemische Zusammensetzung des Gehirns*, *Dissertation.* Chur, 1859.)

Fig. 28. Urate de soude (Funke, pl. VII, fig. 5).

Fig. 29. Urate d'ammoniaque (Funke, pl. VII, fig. 6).

PLANCHE CC.

CONTINUATION DES CRISTAUX DES SUBSTANCES QUI CONSTITUENT LE CORPS HUMAIN A L'ÉTAT SAIN ET A L'ÉTAT DE MALADIE.

Fig. 1 et 2. — Fig. 1. Créatine, d'après mes préparations. — Fig. 2. Créatinine, d'après Funke, pl. IV, fig. 5.

Fig. 3. Créatine avec du chlorure de zinc, d'après mes préparations.

Fig. 4. Leucine de la rate du bœuf, d'après mes préparations.

Fig. 5. Leucine de la rate en globes concentriques et en cristaux étoilés (Frerichs, *Atlas zur Klinik der Leberkrankheiten*, pl. III, fig. 8).

Fig. 6. Leucine imprégnée de pigment urinaire des urines d'un malade atteint de fièvre typhoïde (Frerichs, *op. cit.*, pl. III, fig. 7).

Fig. 7. Leucine en feuillets minces, forme rare que je n'ai obtenue qu'une fois dans mes nombreuses préparations, et dont je garde la préparation macroscopique aussi bien que celle pour le microscope.

Fig. 8 et 9. — Fig. 8. Tyrosine très pure, d'après mes préparations. — Fig. 9. Tyrosine préparée par moi, avec sa forme cristalline en faisceaux d'aiguilles fines, de prismes étroits et allongés, telle qu'on l'observe le plus souvent.

Fig. 10. Cristaux de tyrosine très pure de l'urine d'une malade atteinte d'ictère grave, avec atrophie jaune aiguë du foie (Frerichs, pl. III, fig. 5).

Fig. 11. Globes de cristaux de tyrosine de la même urine, dans laquelle ils s'étaient déposés spon tanément (Frerichs, pl. III, fig. 3).

Fig. 12. Glycine de la colle (Funke, pl. IV, fig. 1). — Fig. 13. Glycine de la colle, préparée par moi à un bien plus fort grossissement.

Fig. 14. Glycine avec de l'oxyde de cuivre, préparée par moi.

Fig. 15. Cristaux isolés, tandis que, dans la figure précédente, les cristaux, de coloration bleue, sont réunis par faisceaux et par globes étoilés.

Fig. 16. Diverses formes de cristaux de cystine (d'après Ch. Robin, *Chimie anatomique*, pl XXXIII).

Fig. 17. Cristaux d'inosite, d'après mes préparations.

Fig 18 et 19. Cristaux d'hæmine du sang veineux de l'homme (Funke, pl. X, fig. 1 et 2).

Fig. 20 et 21. Cristaux du sang d'écureuil et de cochon d'Inde, d'après des préparations communiquées par le docteur Kunde (de Berlin).

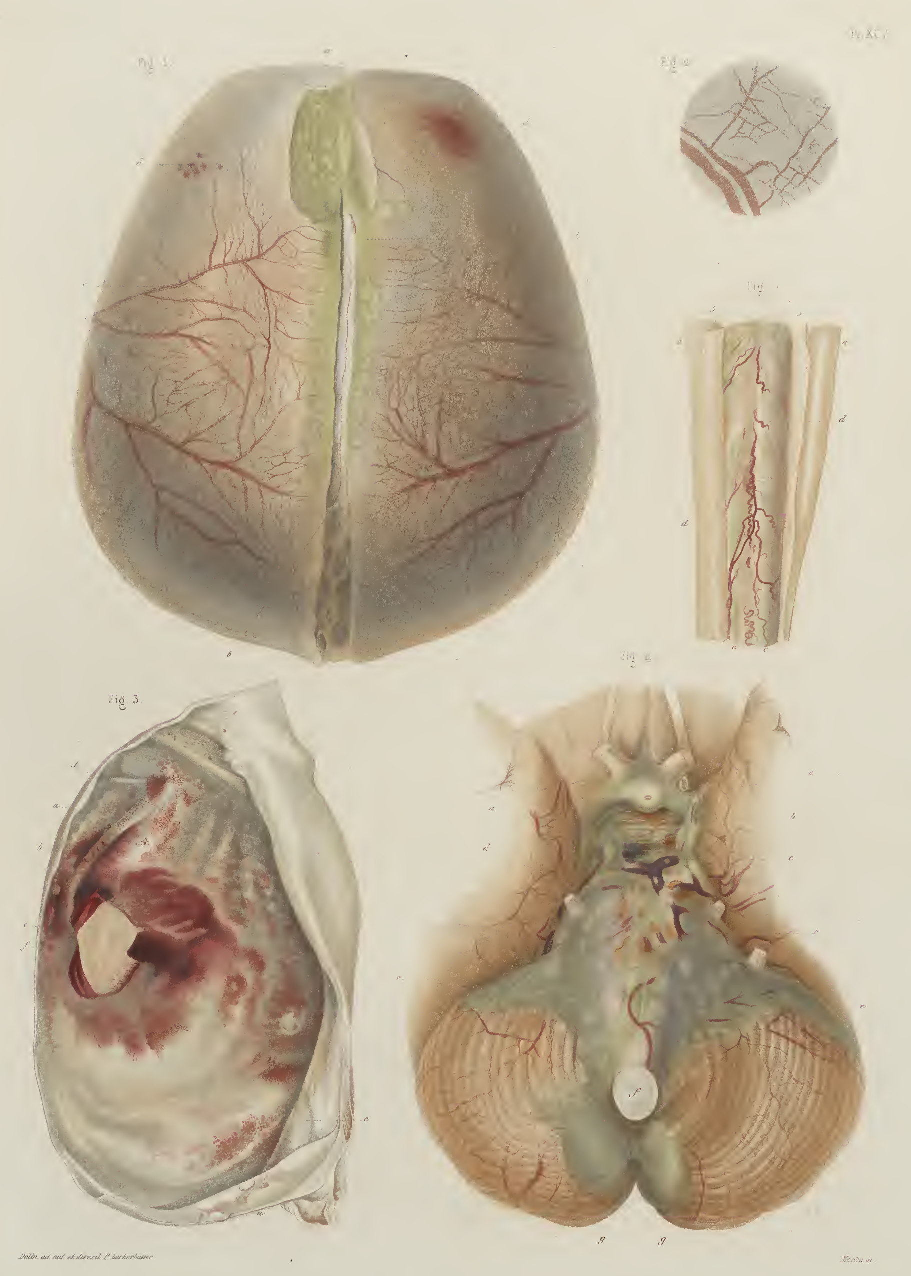
Fig. 22. Cristaux prismatiques et en forme d'aiguilles d'hématoïdine, provenant du sang épanché dans un sac hydatique du foie, d'après mes préparations.

Fig. 23. Carbonate de chaux des urines d'un lapin, d'après mes préparations.

Fig. 24. Lactate d'oxyde de zinc, préparé avec le suc de la viande, d'après mes préparations.

FIN DE L'EXPLICATION DES PLANCHES DU TOME SECOND ET DERNIER.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Martin sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny Gros, R. St Jacques, 33



Lebrun sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33

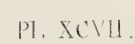


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 5. Fig. 4. Fig. 6. Fig. 7. Fig. 14. Fig. 10. Fig. 8. Fig. 13. Fig. 9. Fig. 11. Fig. 12.

nat. P. Lackerbauer et P. Brugier. Vasto sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33



Lackerbauer ad nat. et direxit P. Lackerbauer — Sebin sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

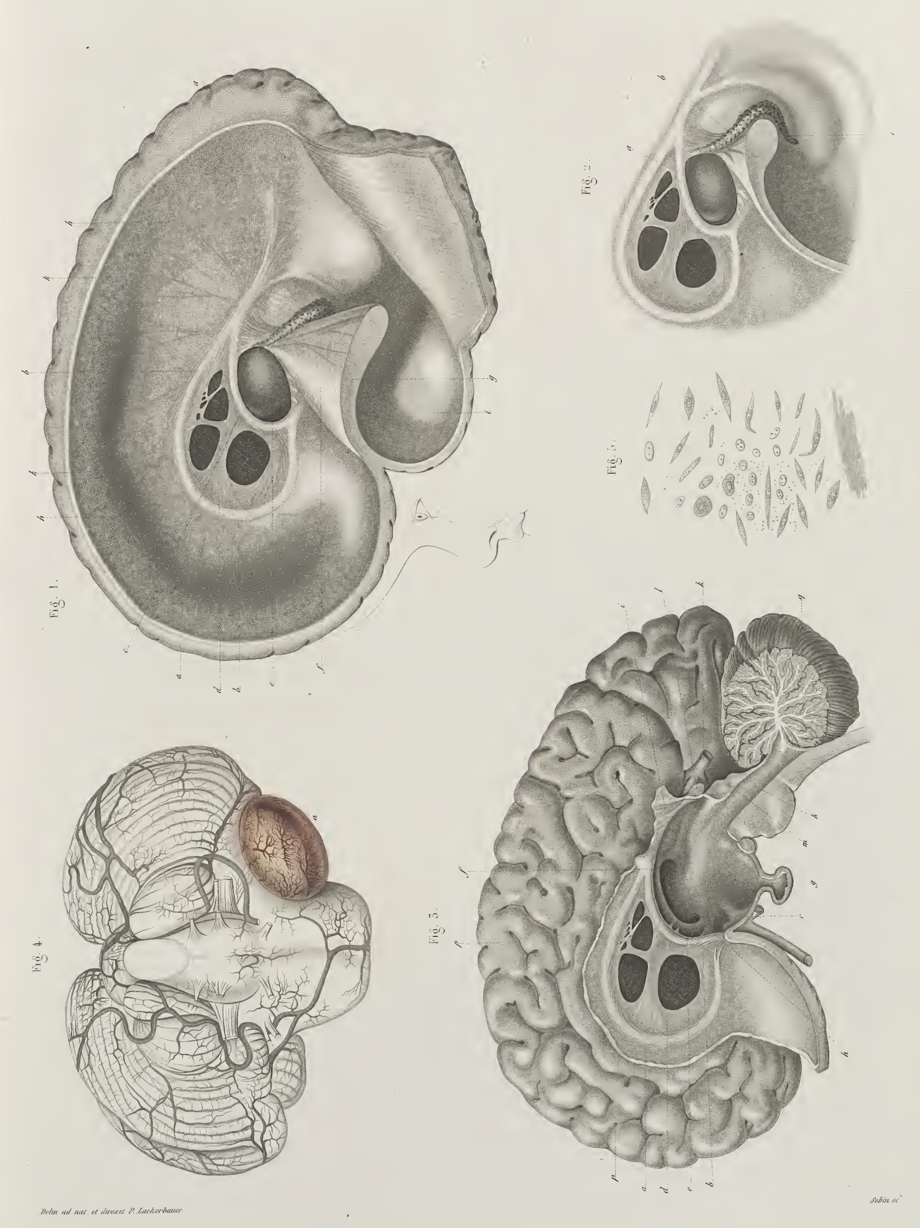


Delin ad nat et direxit

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Sebin sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros

e



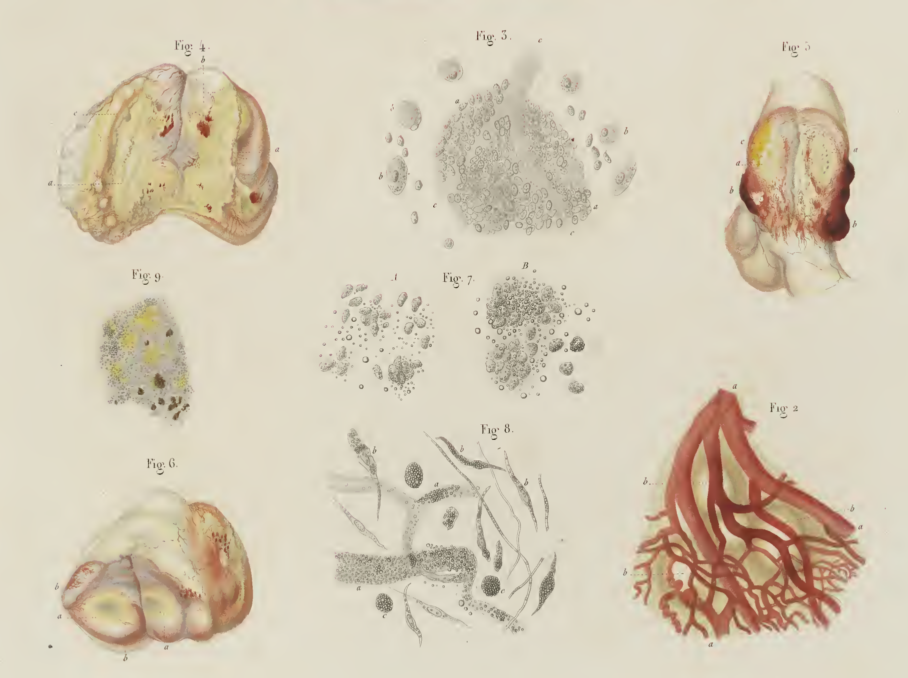
Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Rebuffet sc.

Publié par J.-B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 37

Fig. 1.

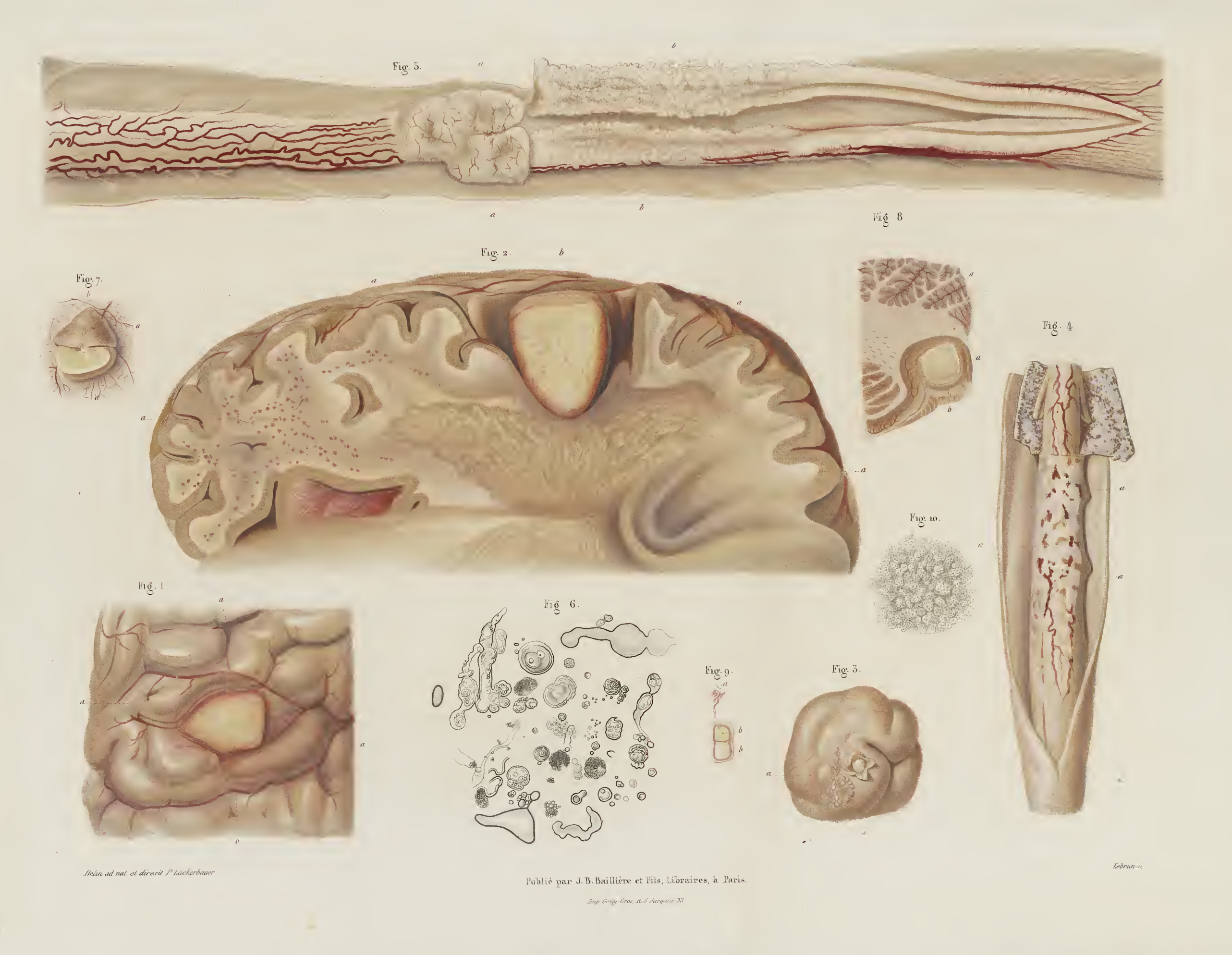


Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

J. Thomas sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

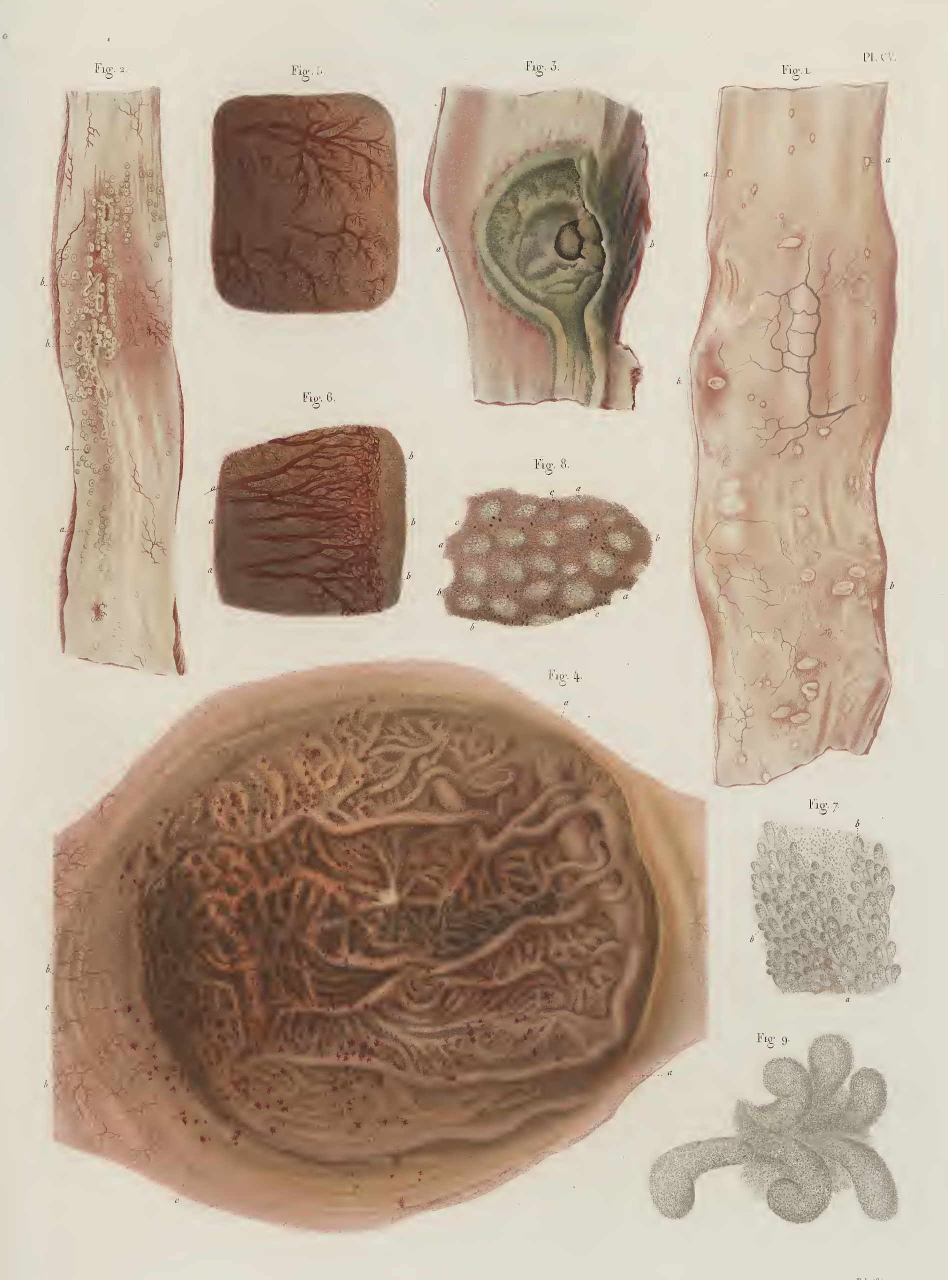


Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Lebrun sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Rebuffet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.


Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 5.
Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer
Lebrun sc.
Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



Lebert ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

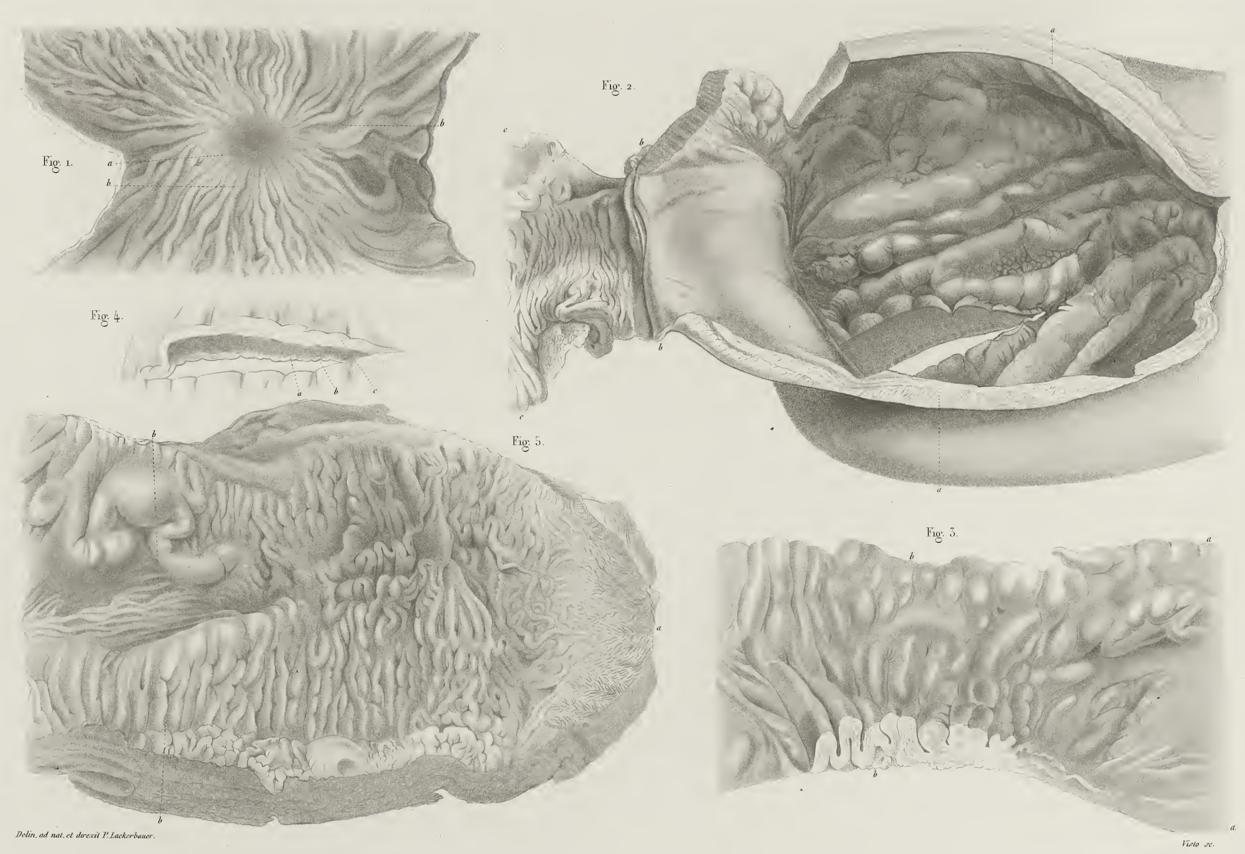
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Lebert ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Visto sc.

PL. CIX.

Publié par J.B Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Gény-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer. Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Pl. CXII.

Fig. 8.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 1.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 5.

Fig. 2.

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S.t Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Martin, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

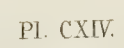


Fig. 1. Fig. 9. Fig. 7.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

Fig. 4. Fig. 5. Fig. 8.

Fig. 3. Fig. 2.

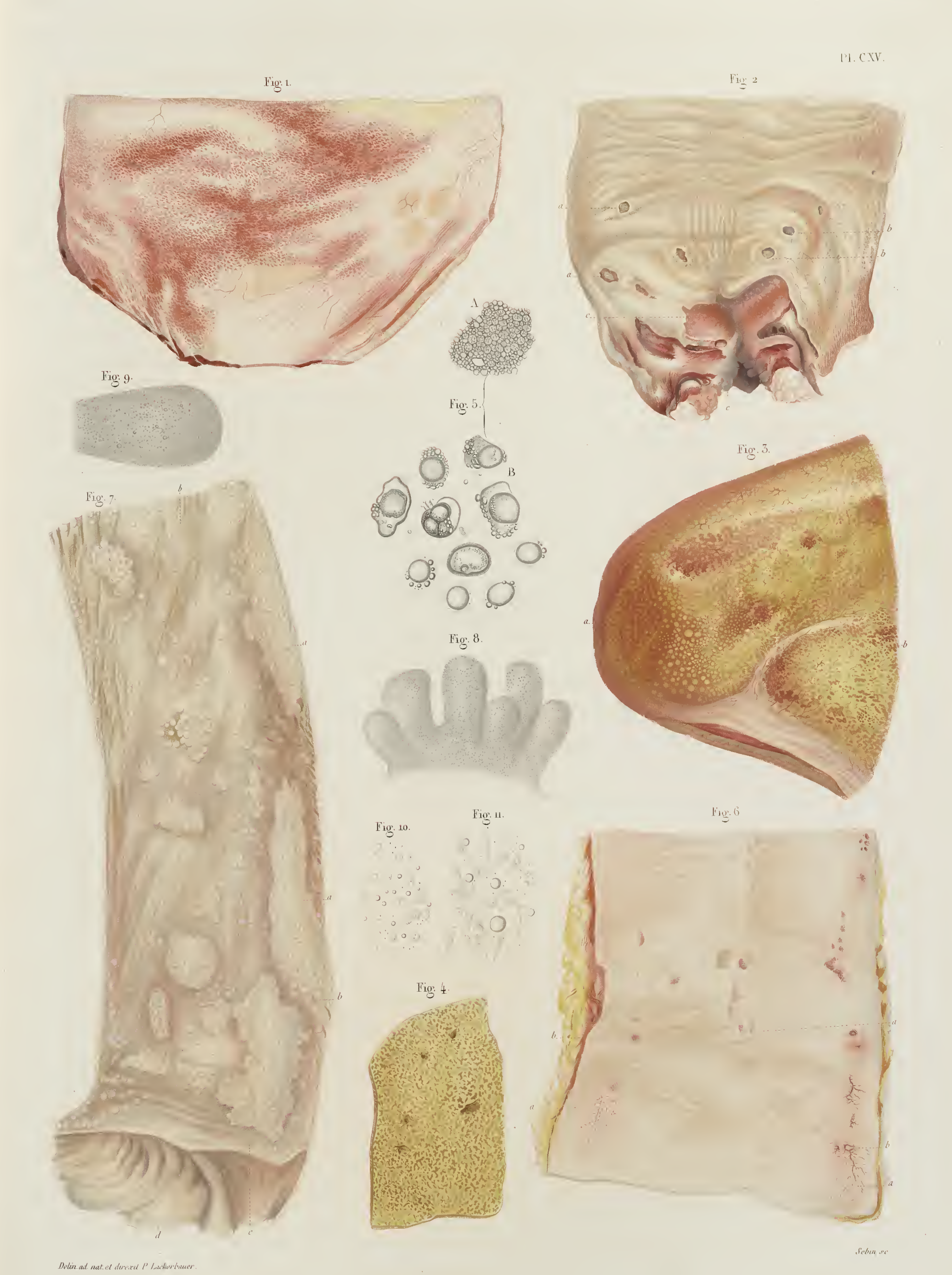
Fig. 6.

Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Martin sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. St Jacques 33.



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Sebin sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33

Pl. CXVI.



Lackerbauer

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Cerny [illegible] R. S. Jacques, 33



Rebuffet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

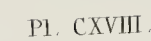


Fig. 1.

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 6.

Fig. 4.

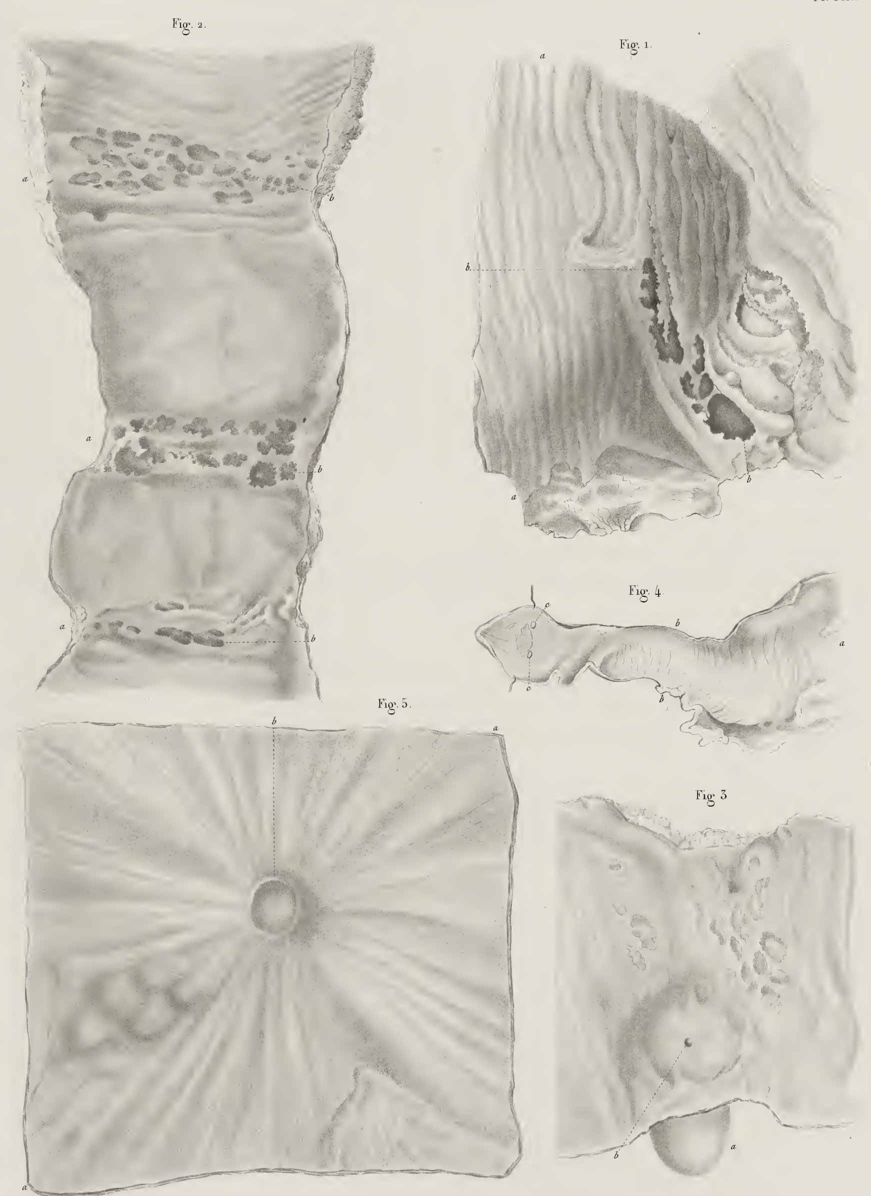
Fig. 5.

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Rebuffet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer

Oudet sc.

Publié par J.B.Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp Geny Gros R. S. Jacques 33

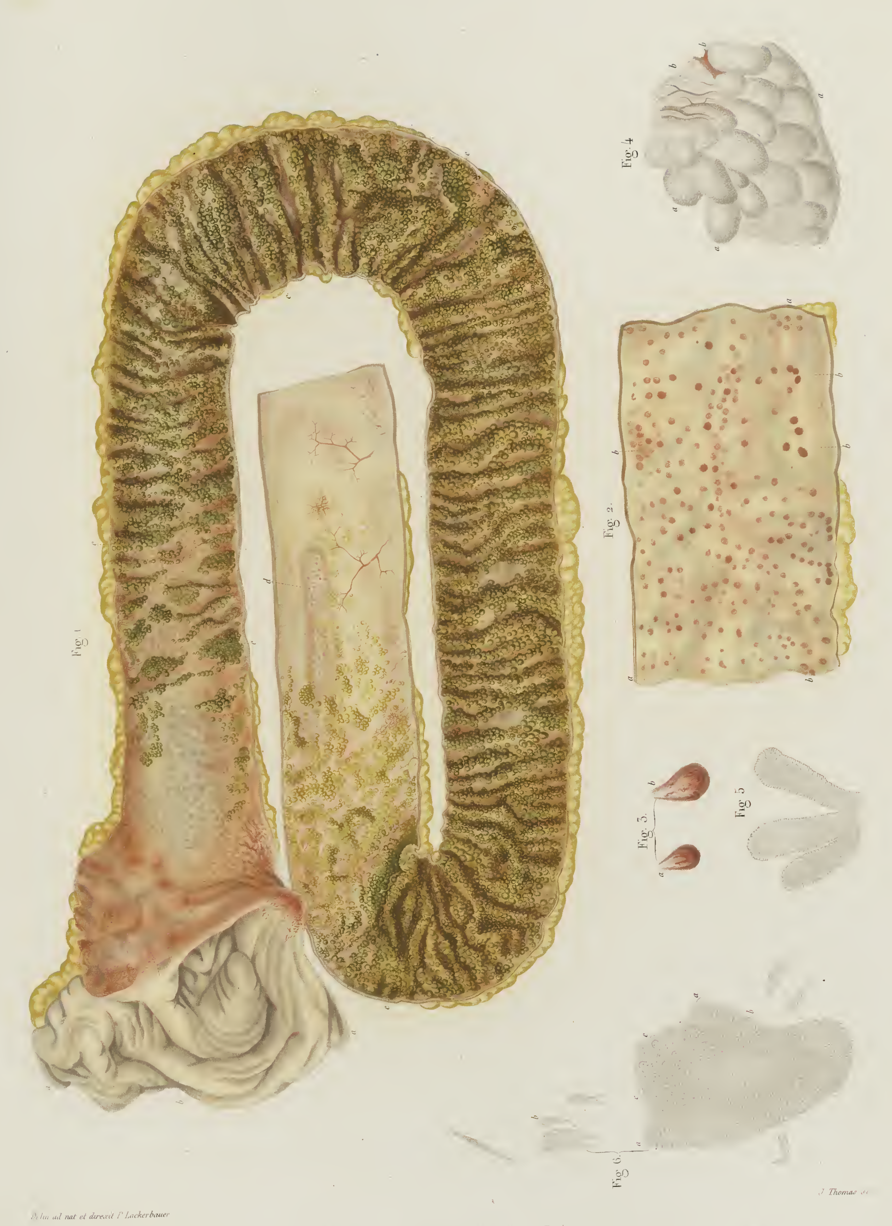


Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33.



ad nat et direxit P. Lackerbauer
J. Thomas sc.
Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

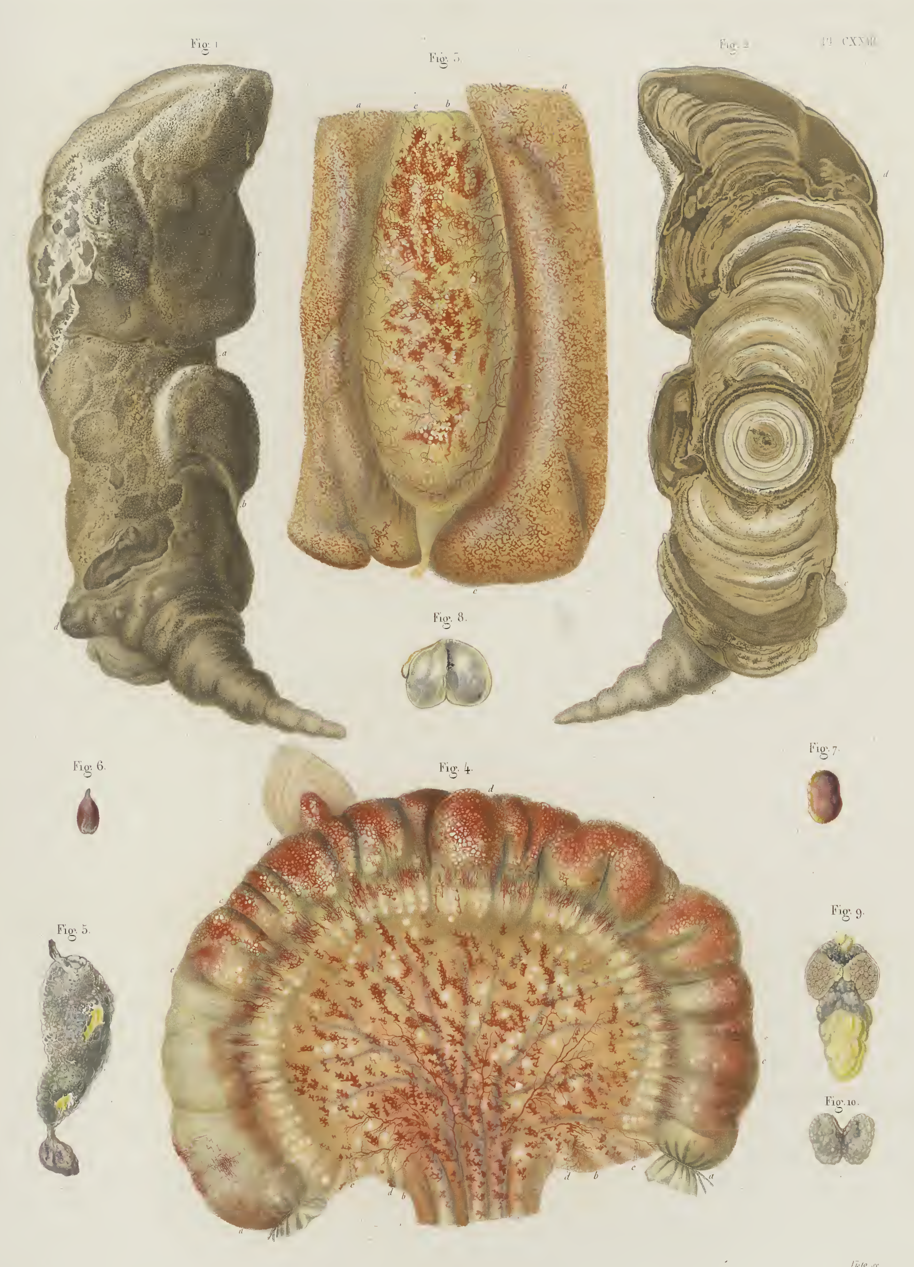


Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Visto sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer

Visto sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils Libraires à Paris.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33



D. Lin ad nat et duxit P. Lackerbauer

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33.



Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33



Fig. 1.

Fig. 2.

Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer

Visto, sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

R. S. Jacques 33.



Pelin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Visto sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. St. Jacques, 33

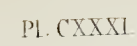


Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33.



Pl. CXXXI

Fig. 3.

Fig. 6.

Fig. 1

Fig. 4.

Fig. 5.

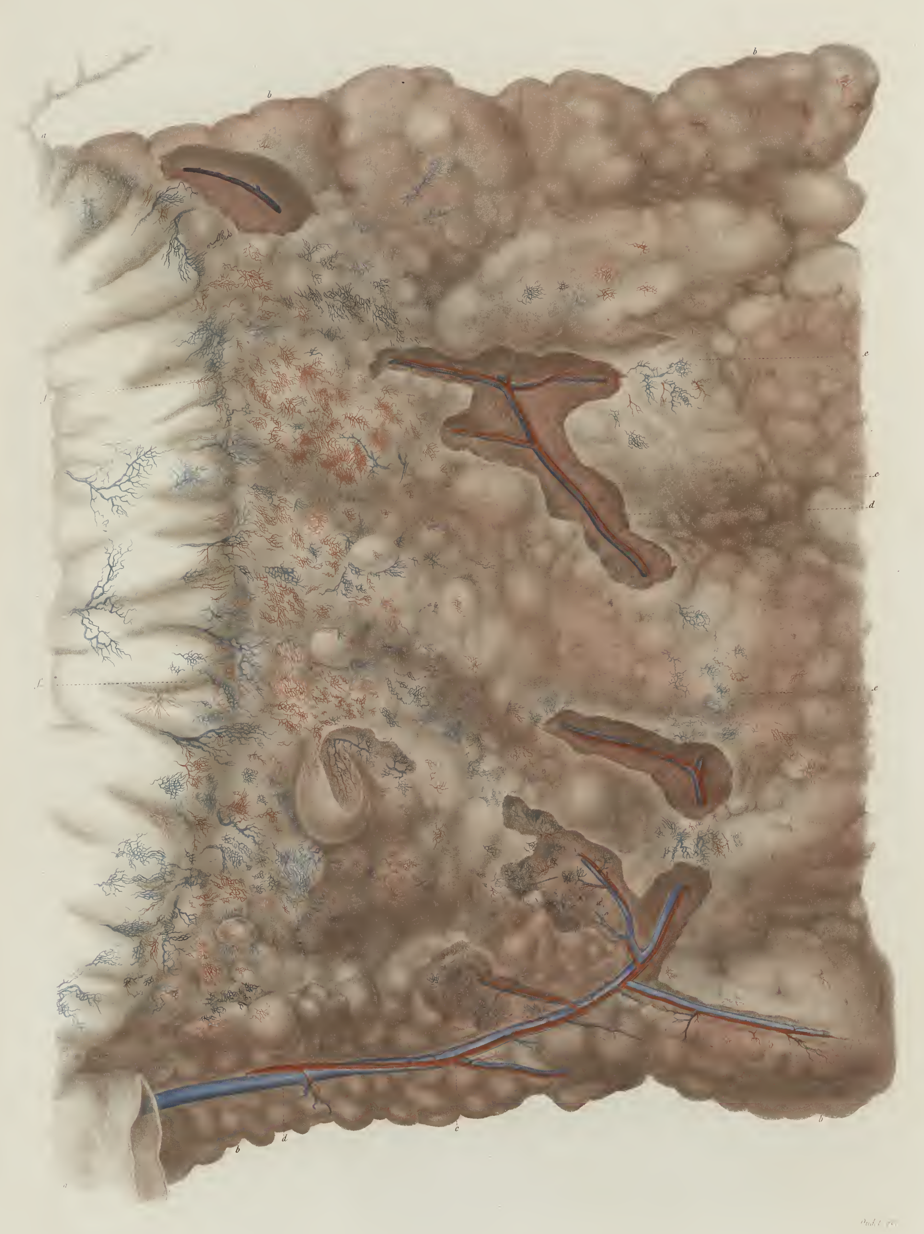
Fig. 2

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad natur. et lith. P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Gény-Gros, R. S. Jacques, 33.

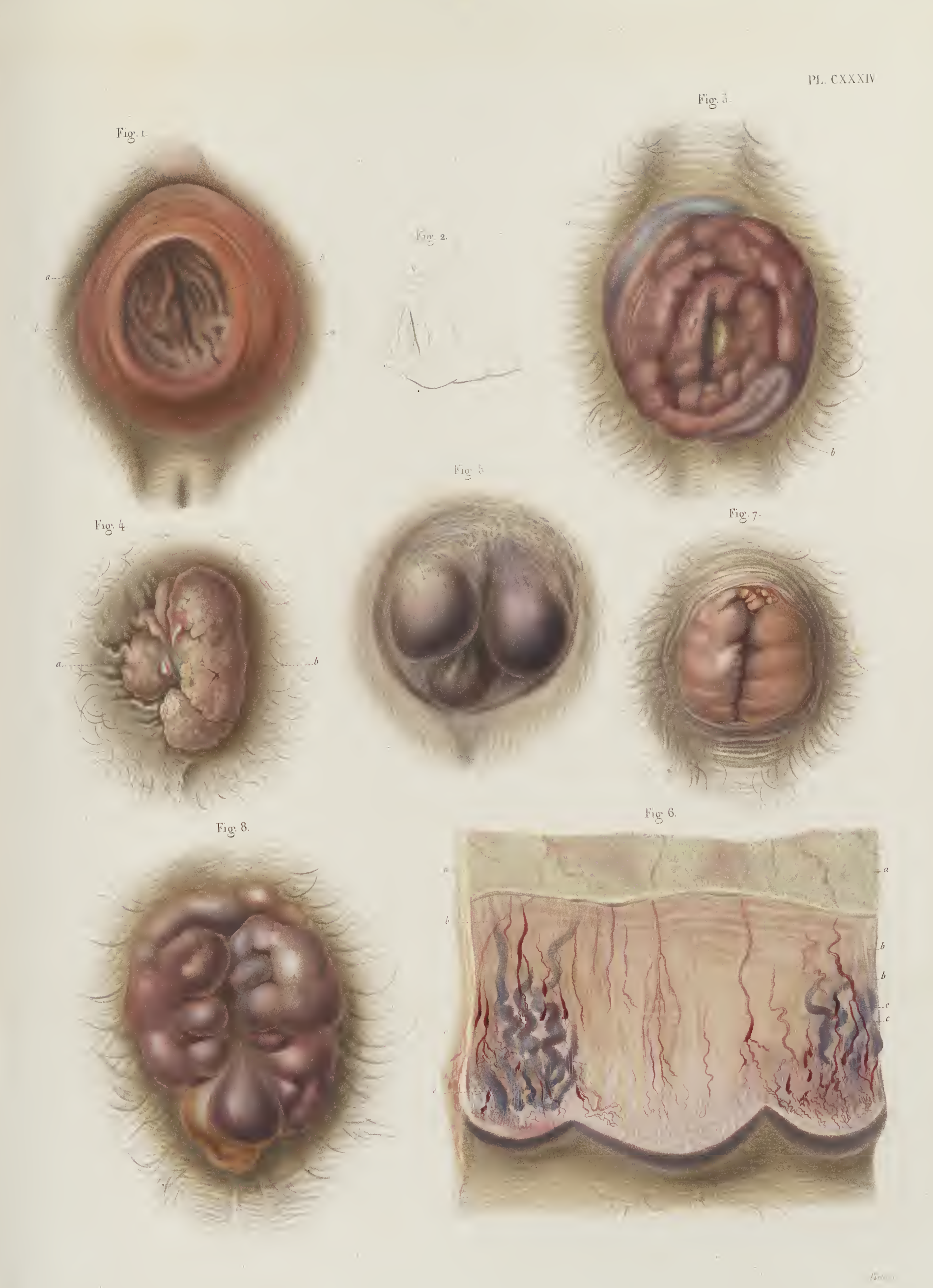


direxit P. Lackerbauer

Lebrun, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

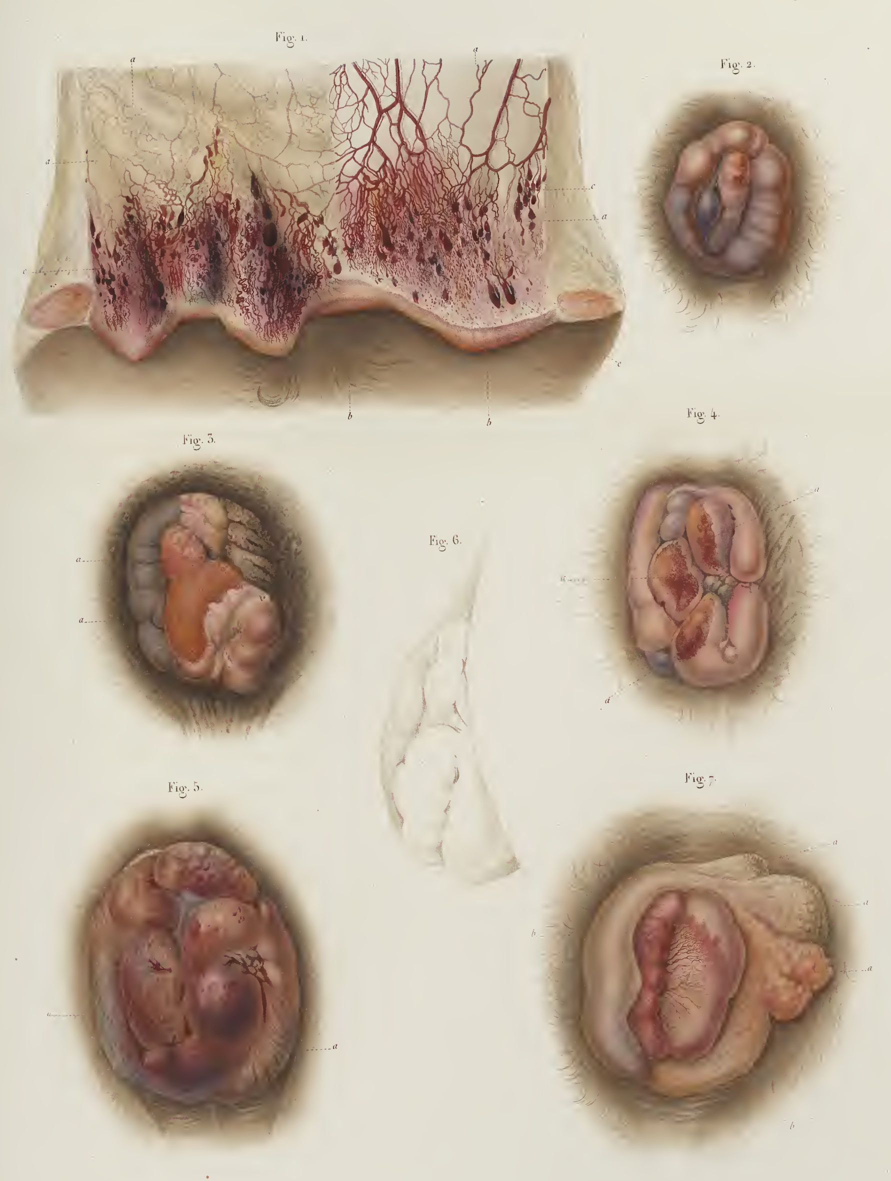


ad nat et direxit P. Lackerbauer

Publié par J.B Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Cany-Gros, R. S. Jacques 33.

9



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Fig. 6.

Fig. 1.

Fig. 5.

Fig. 8.

Fig. 2.

A

B

Fig. 7.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 2.

C

Delin. ad nat. et dir. xit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 3.

Fig. 5.

A

B

C

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Sebin sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

PL. CXXXVIII.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Rebuffet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

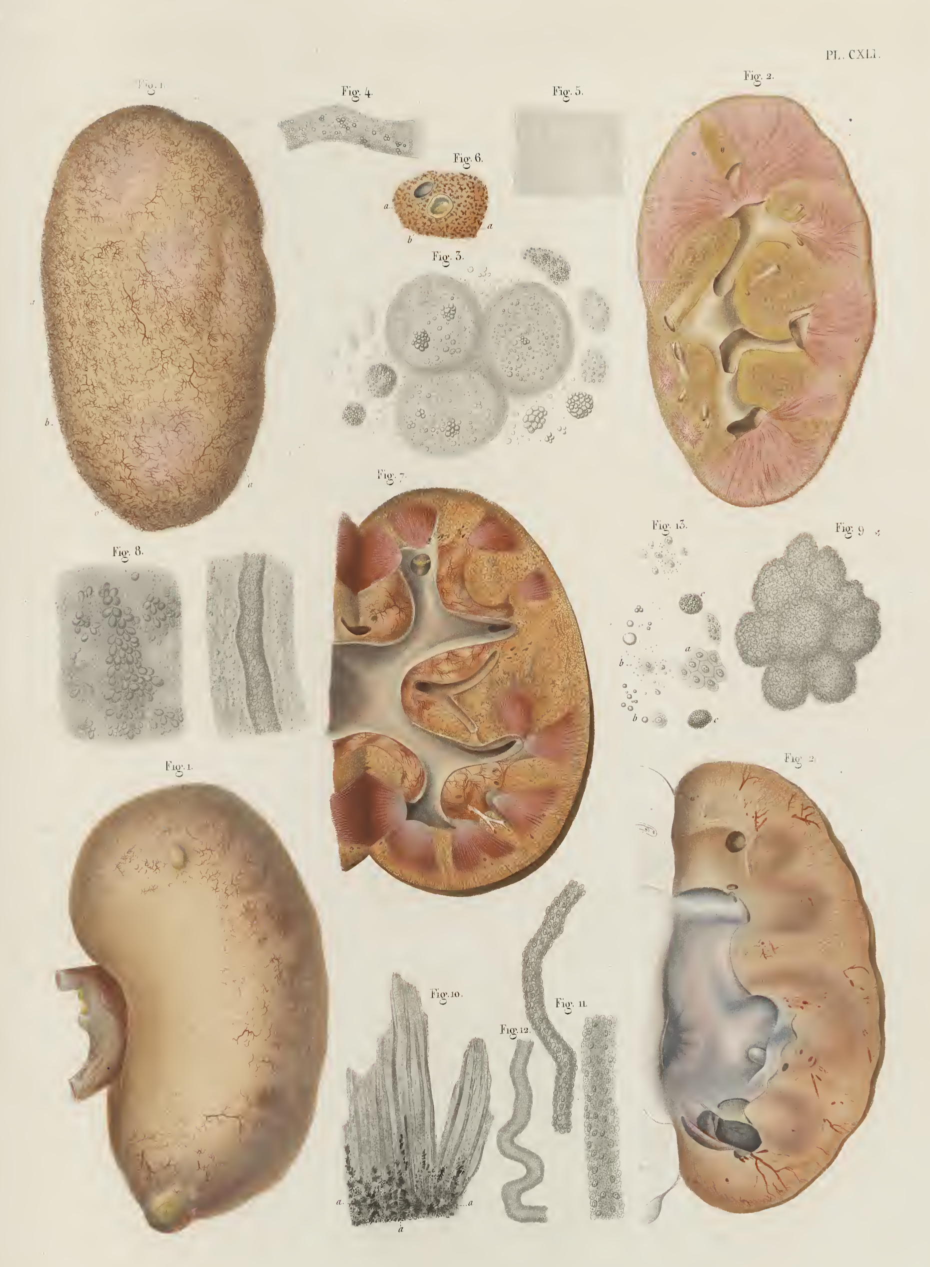


Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

PL. CXLI.

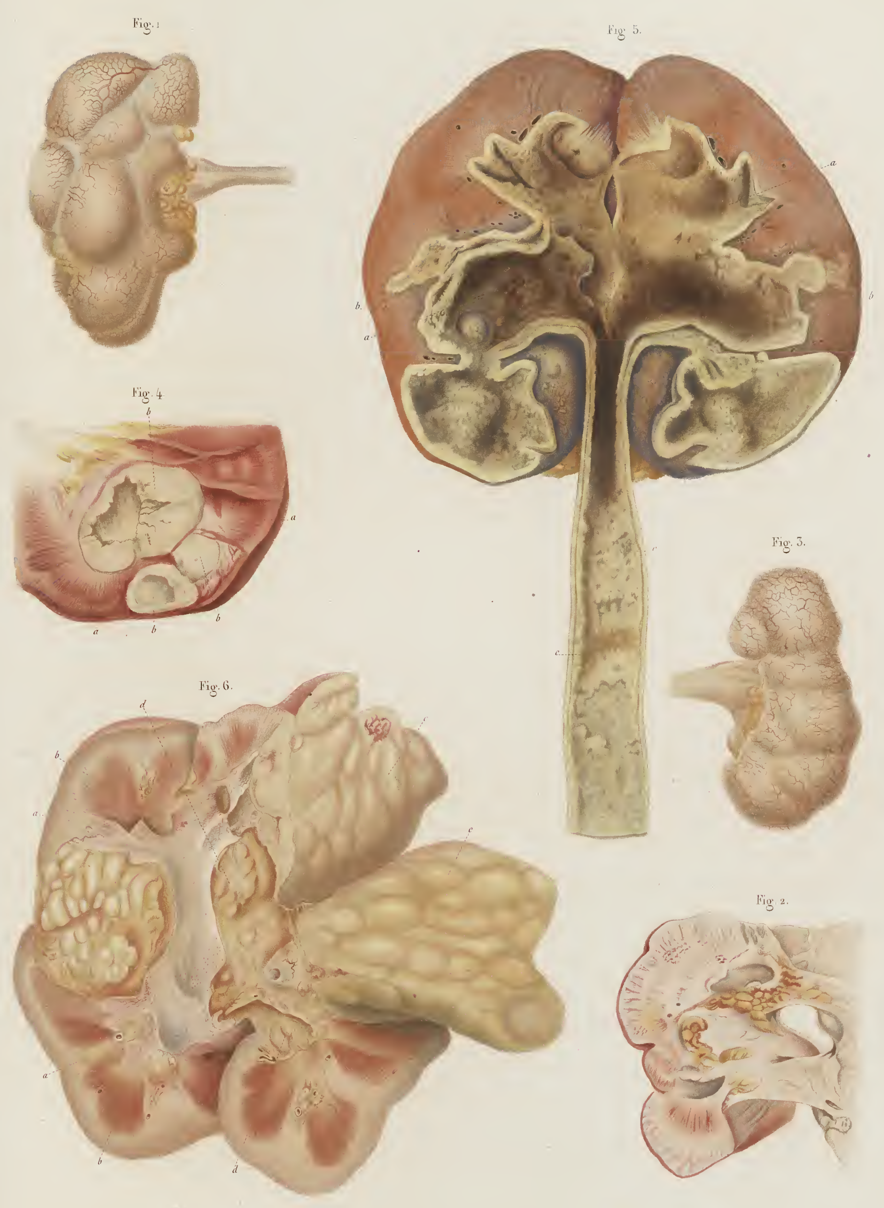


Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Rebuffet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Lebrun sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

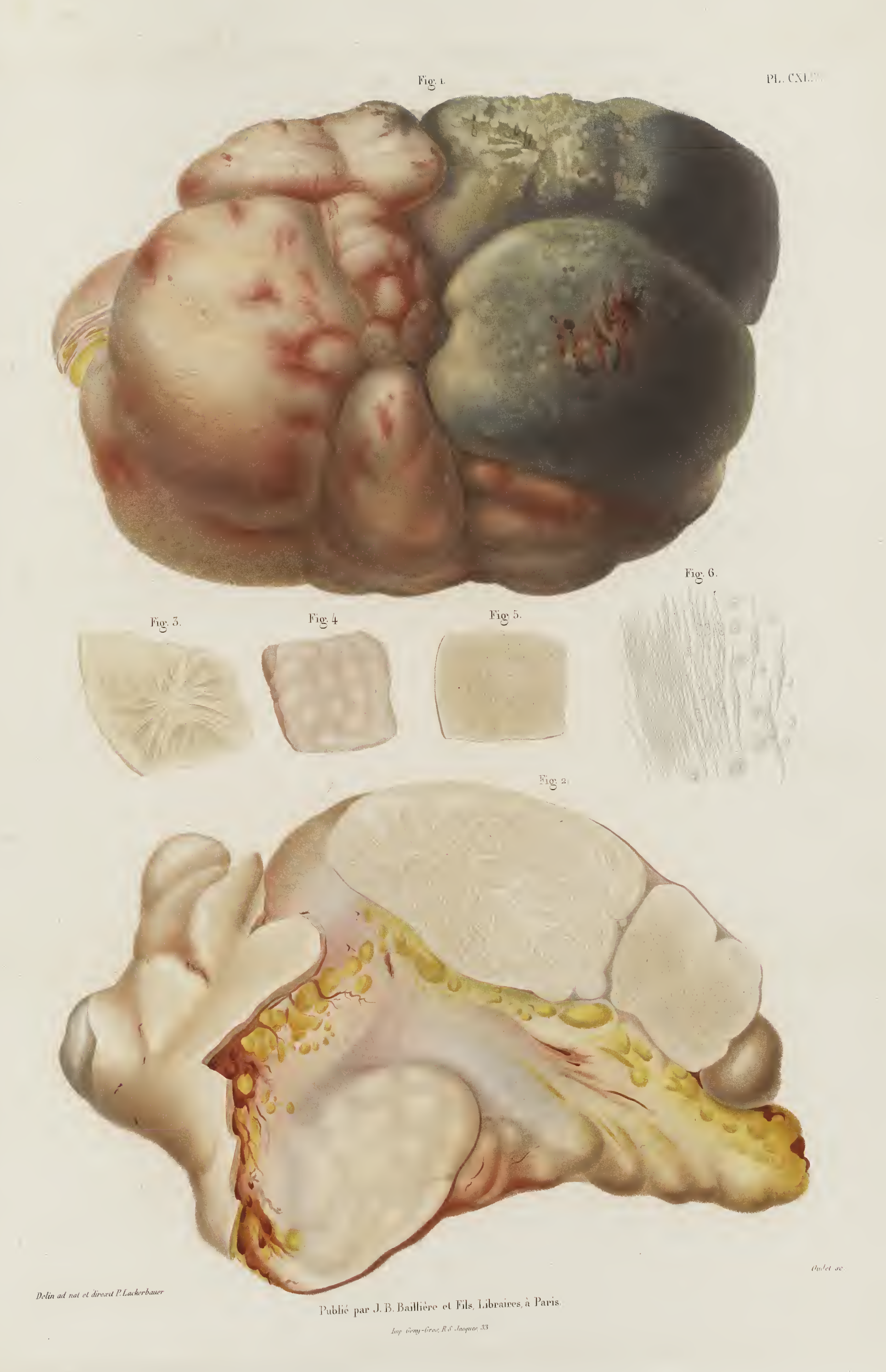
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

Pl. CXLIII



Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils Libraires, à Paris.



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

Pl. CXLV.



Delin ad nat et direxit P Lackerbauer

Publié par J B Baillière et Fils Libraires, à Paris.



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33



Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Lebert ad nat et direxit P. Lackerbauer. Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny Gros R. S. Jacques 31

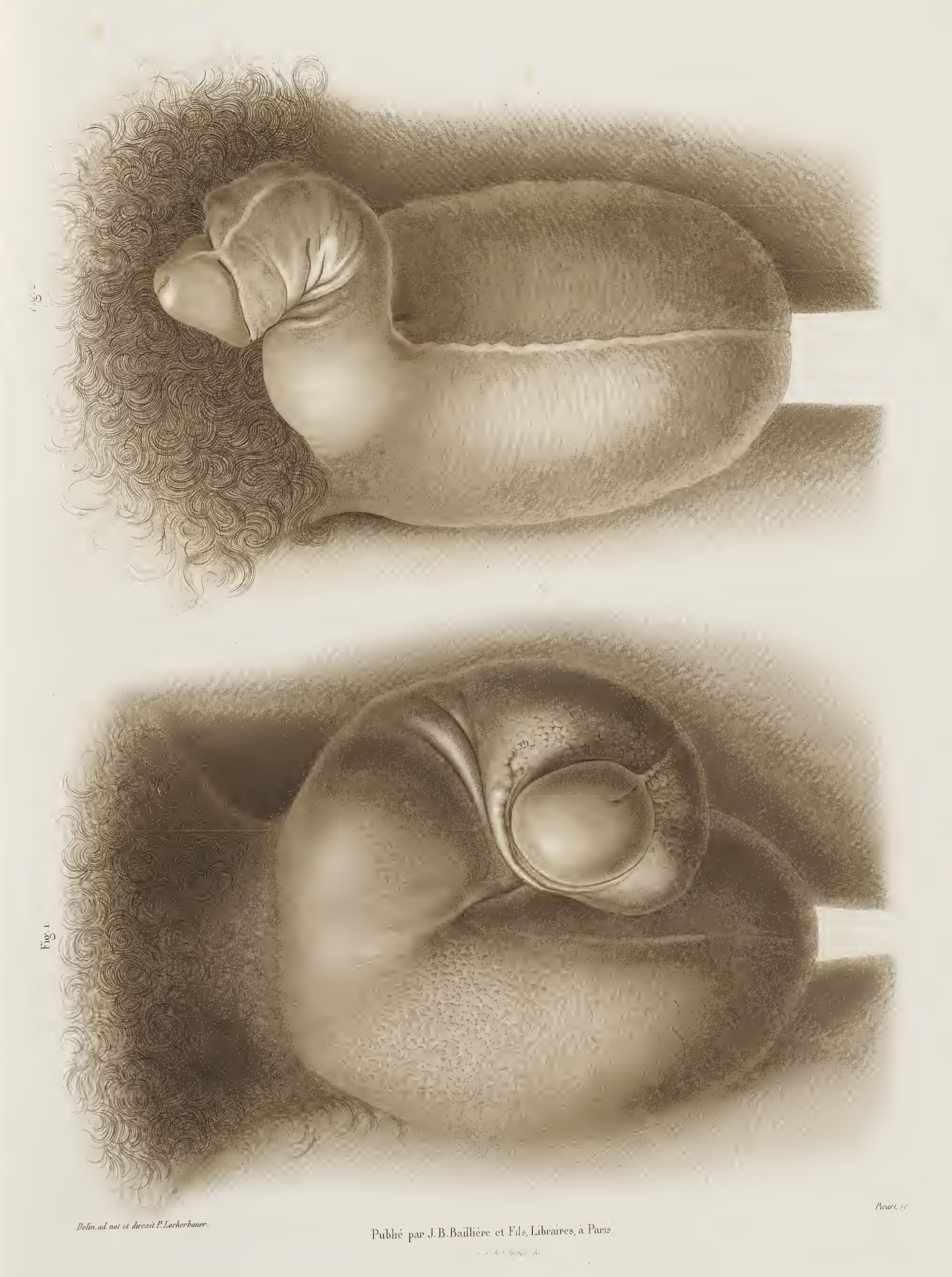


Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

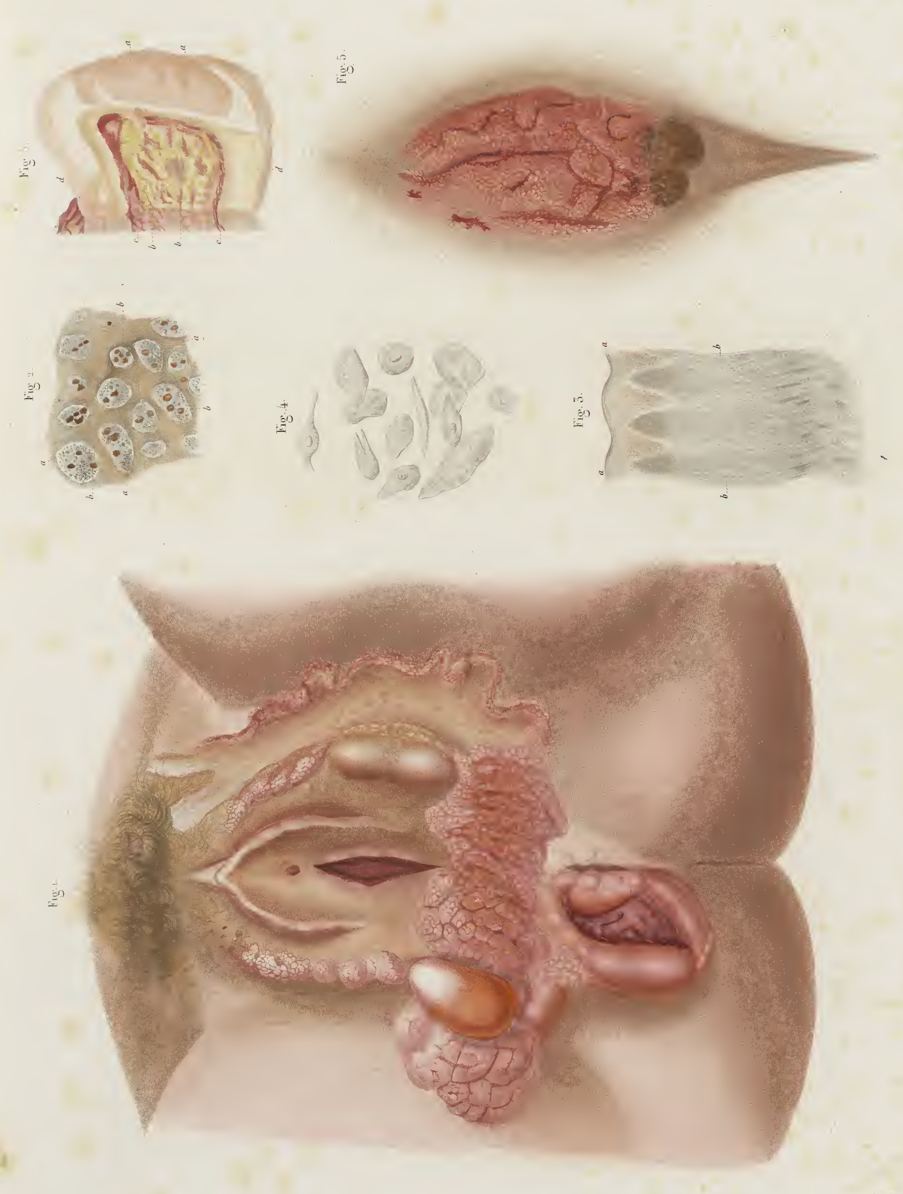
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Picart, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp Geny-Gros, R S. Jacques, 33.

PL. CLII



... ad nat. et direxit P. Lackerbauer.
Oudet, sc.
Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33

PL. CLIII



P. Lackerbauer d'après les dessins de M. Huguier.

Oudet, sc.

Publié par J.B Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P.

Publie par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Gény-Gros R. S. Jacques 33.



Picart sc.

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St. Jacques, 33.

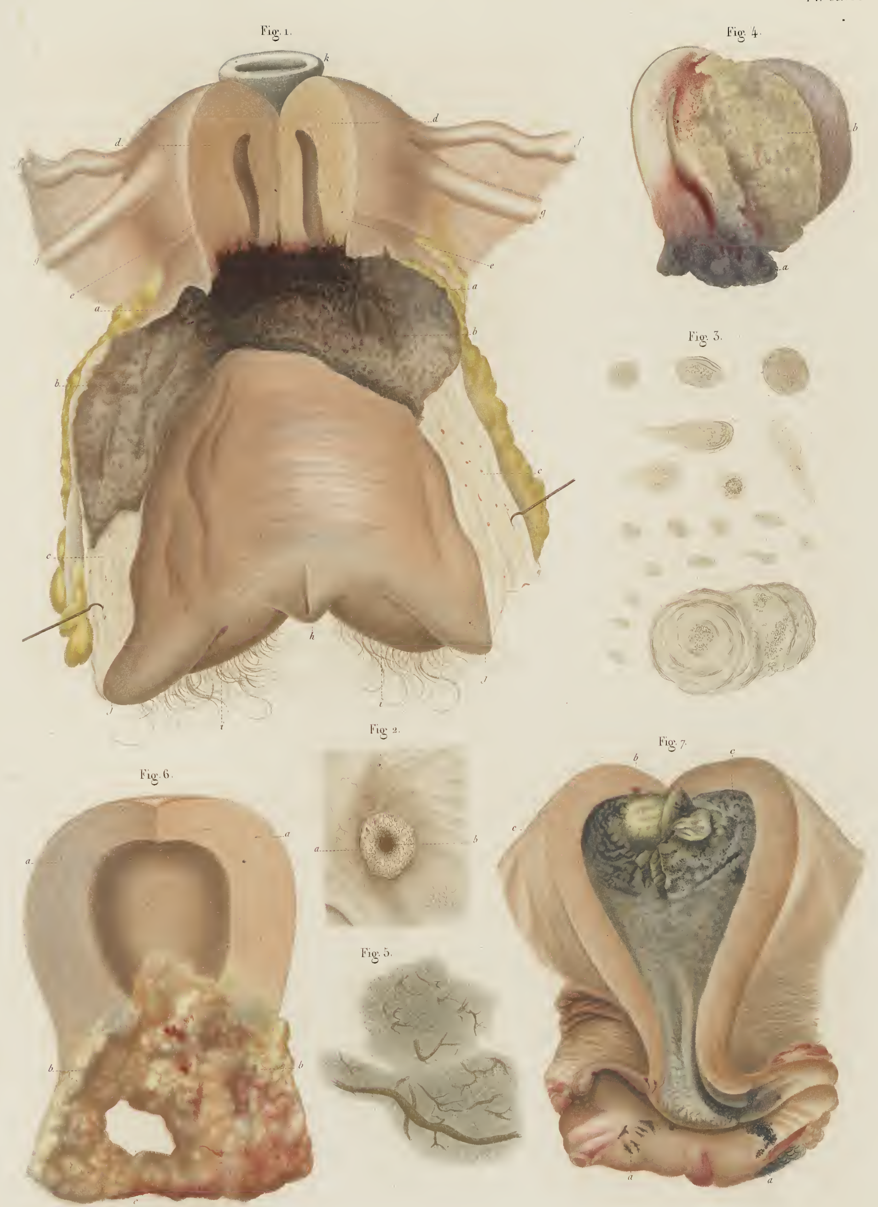


Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Lebrun sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

J. Thomas sc

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



Oudet sc.

Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny Gros, R. St. Jacques, 33



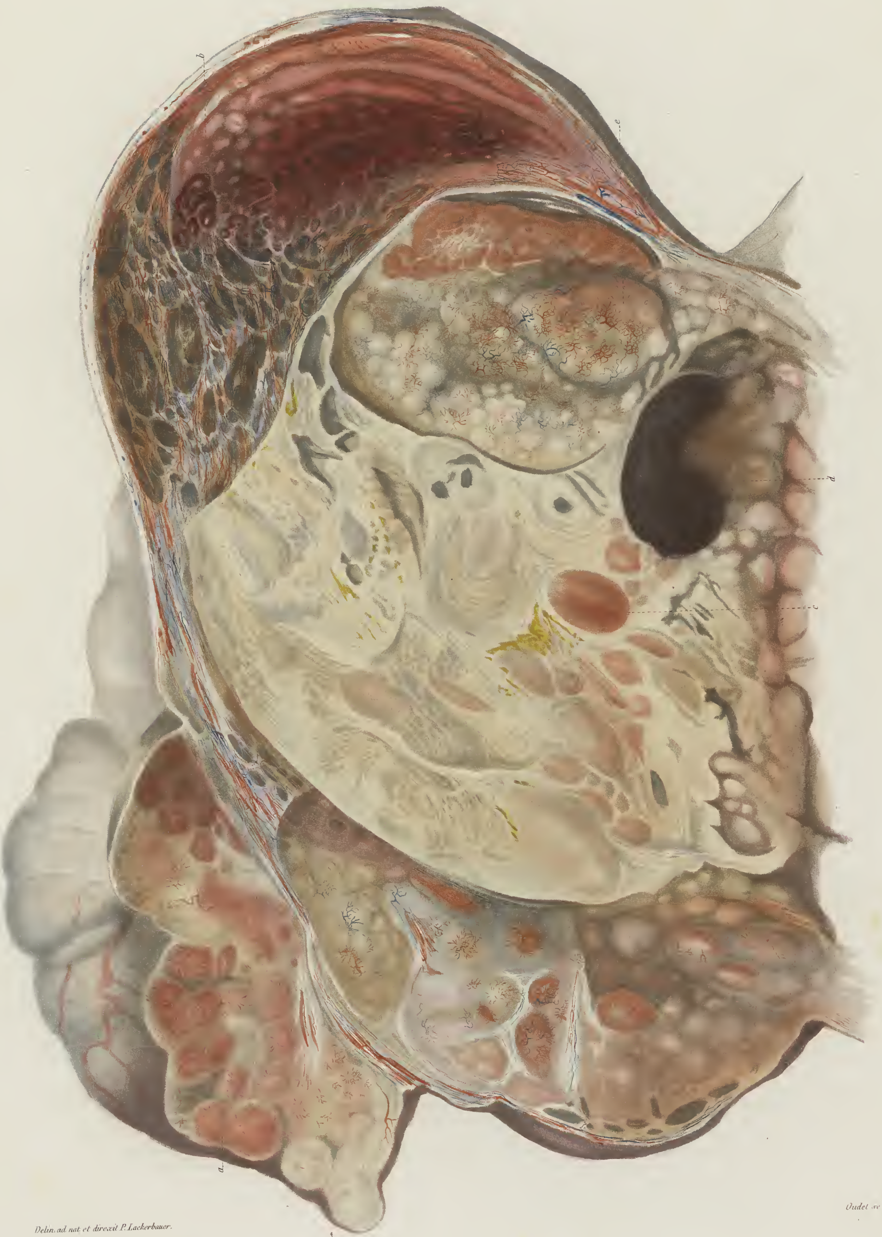
Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33.



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J.-B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

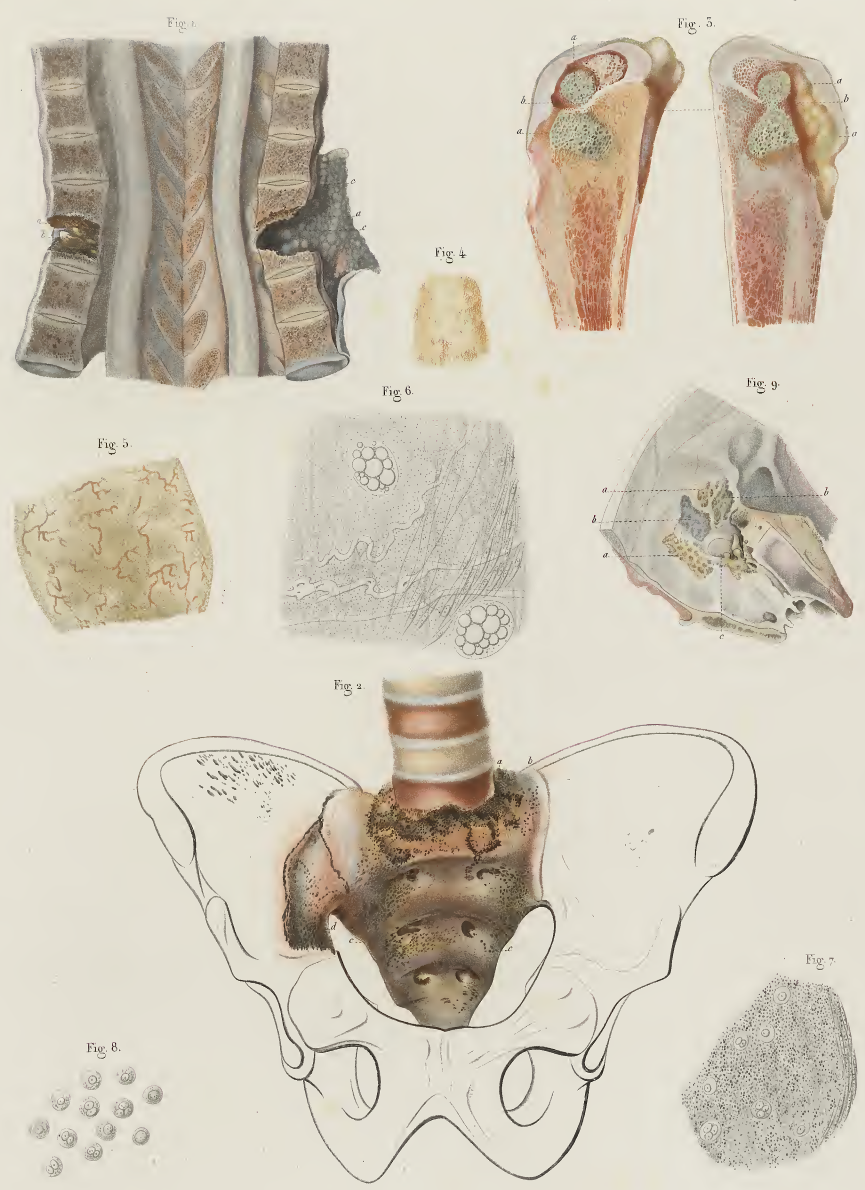
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33.



Bion ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

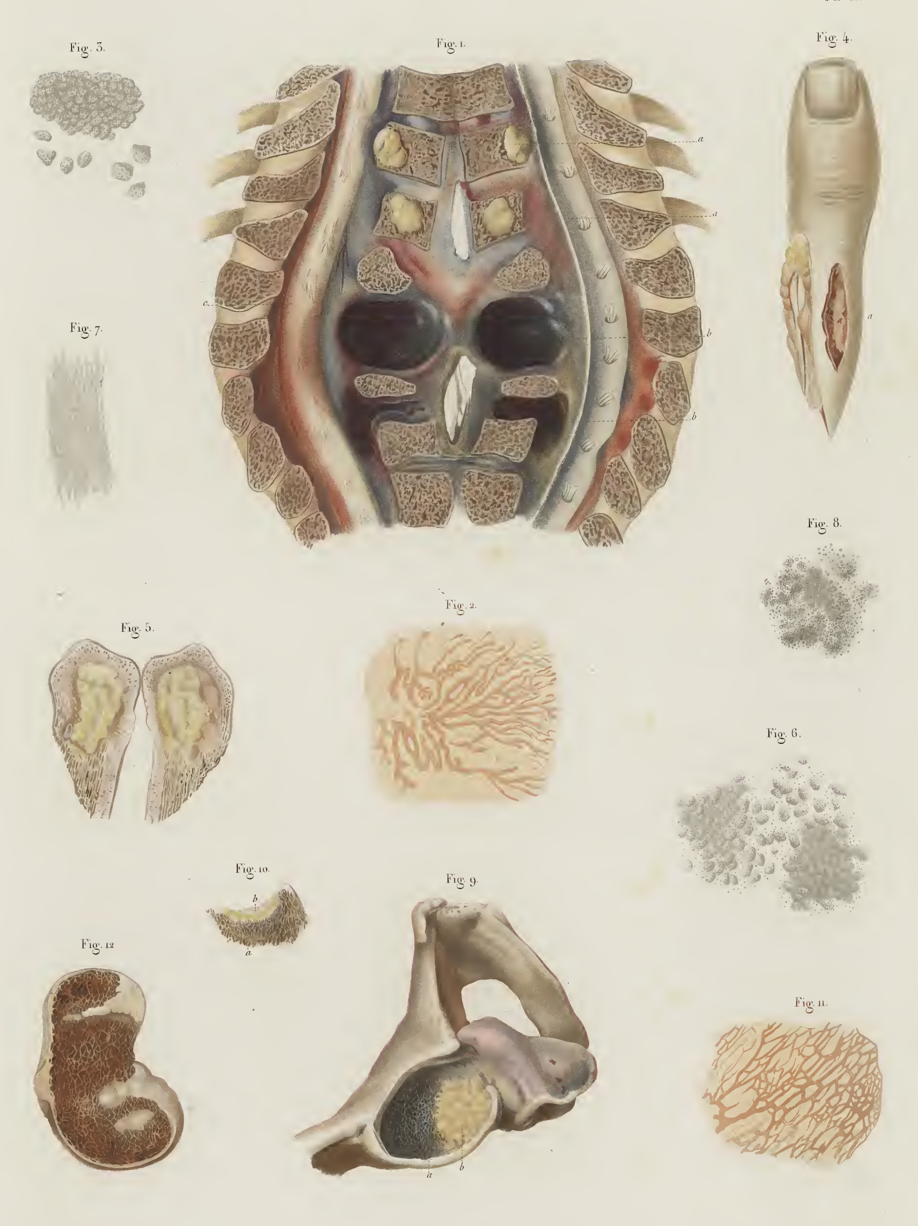
Imp. Gény-Gros R. St Jacques 33.



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils Libraires à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33



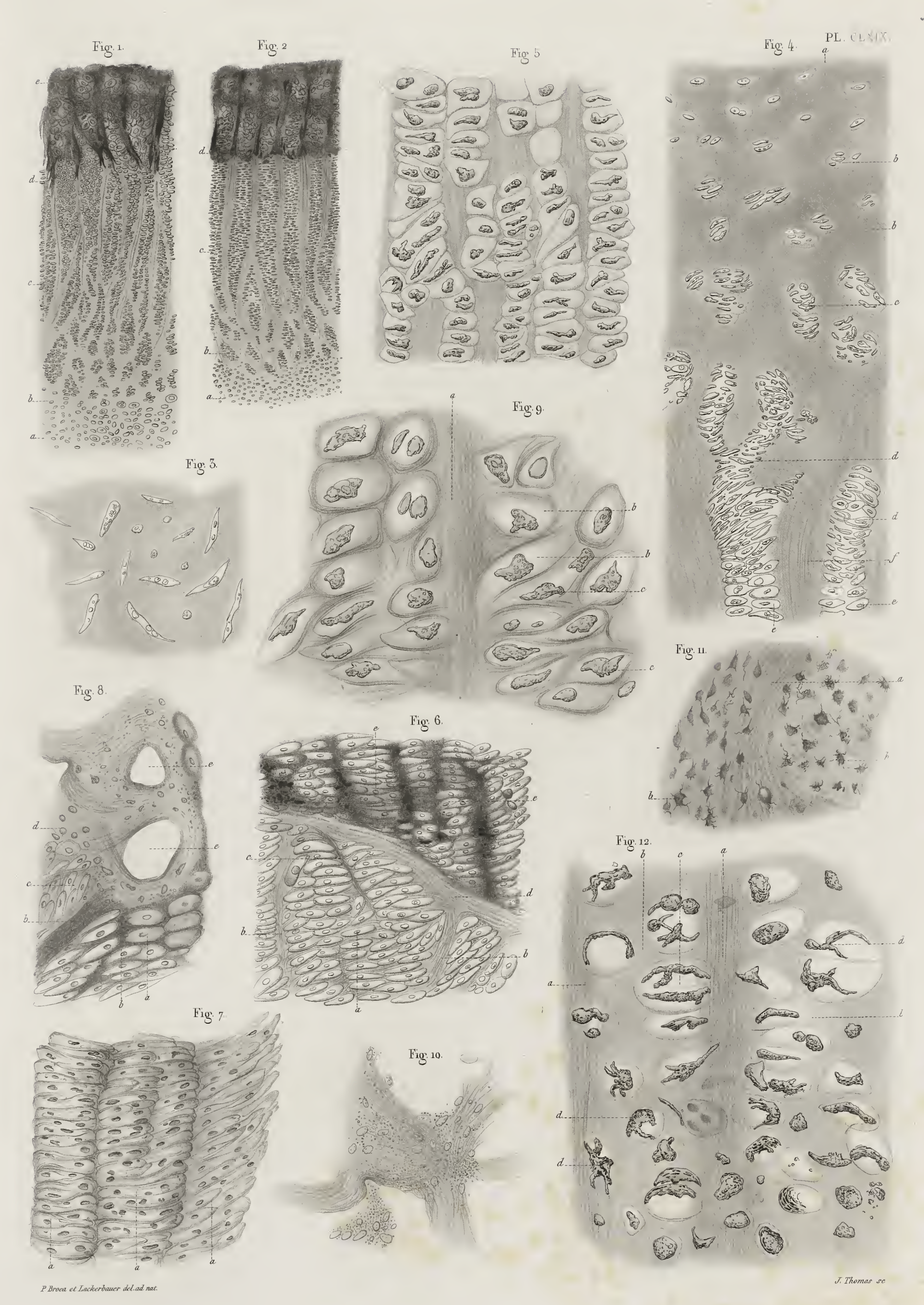
Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer. *Oudet sc.*

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

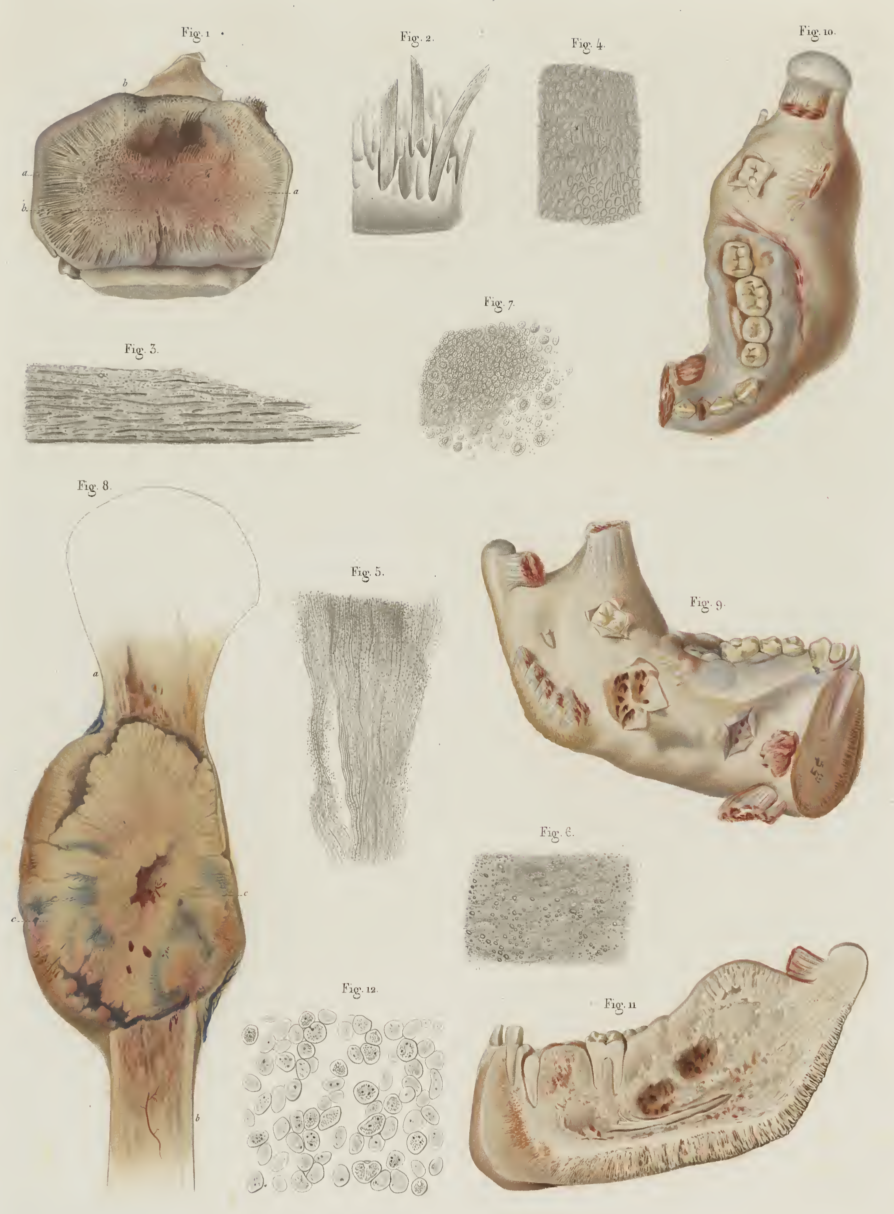
Imp. Geny-Gros, R. S.t Jacques, 33.



Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques, 33.



Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 32

Fig. 3.

Fig. 1.

a
a
a
b
b
b
b.
c
d

a

Fig. 4.

Fig. 2.

a

d
a
c
e
b

b

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacque. 33

Pl. CLXXIII.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. St Jacques, 33

Fig. 1.



Fig. 2. Fig. 3.



lin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer. Oudet sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Fig. 3.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 5.

Fig. 4.

Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Picart sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer. Lebrun sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

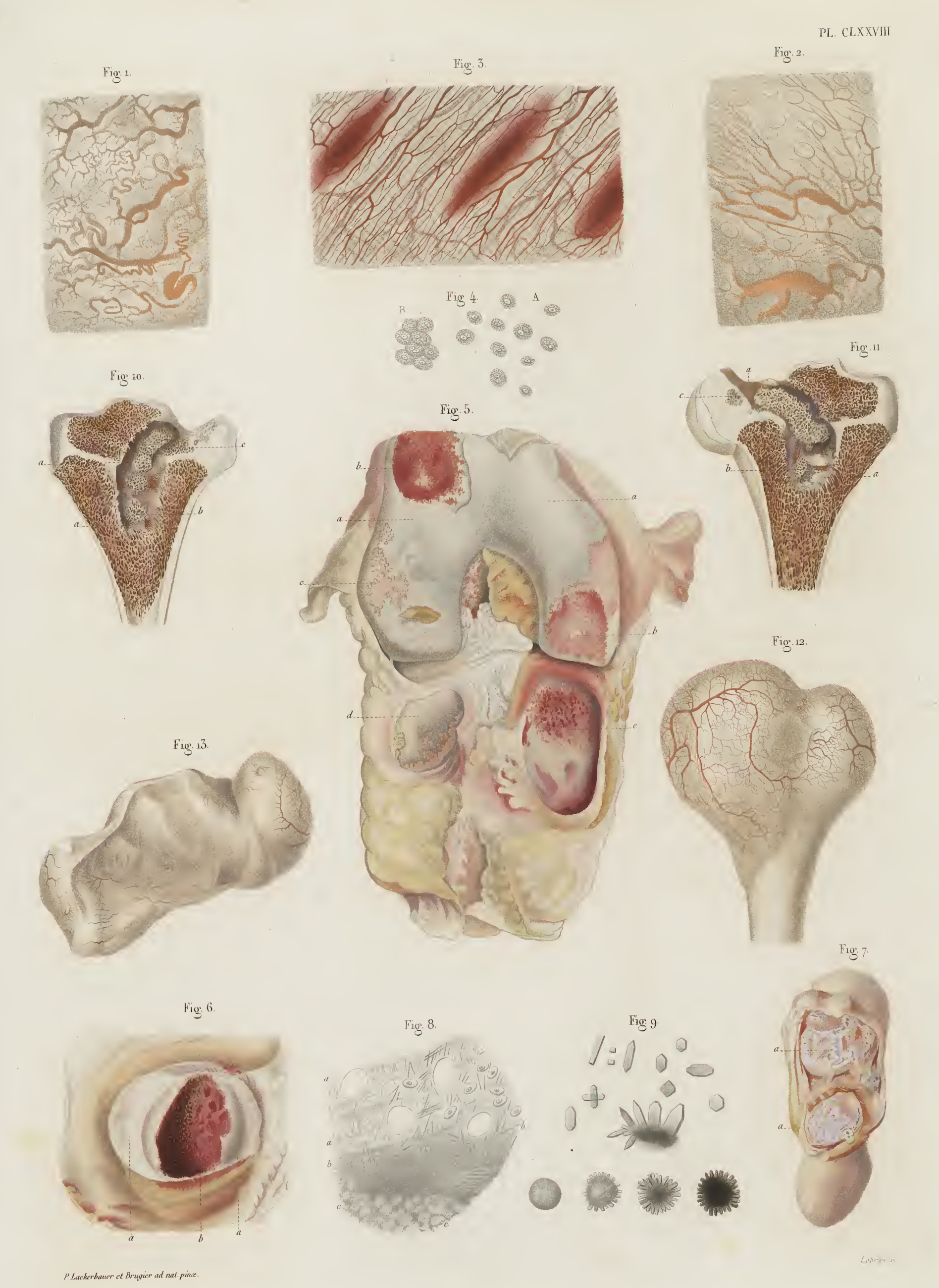
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Del. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Lebrun sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

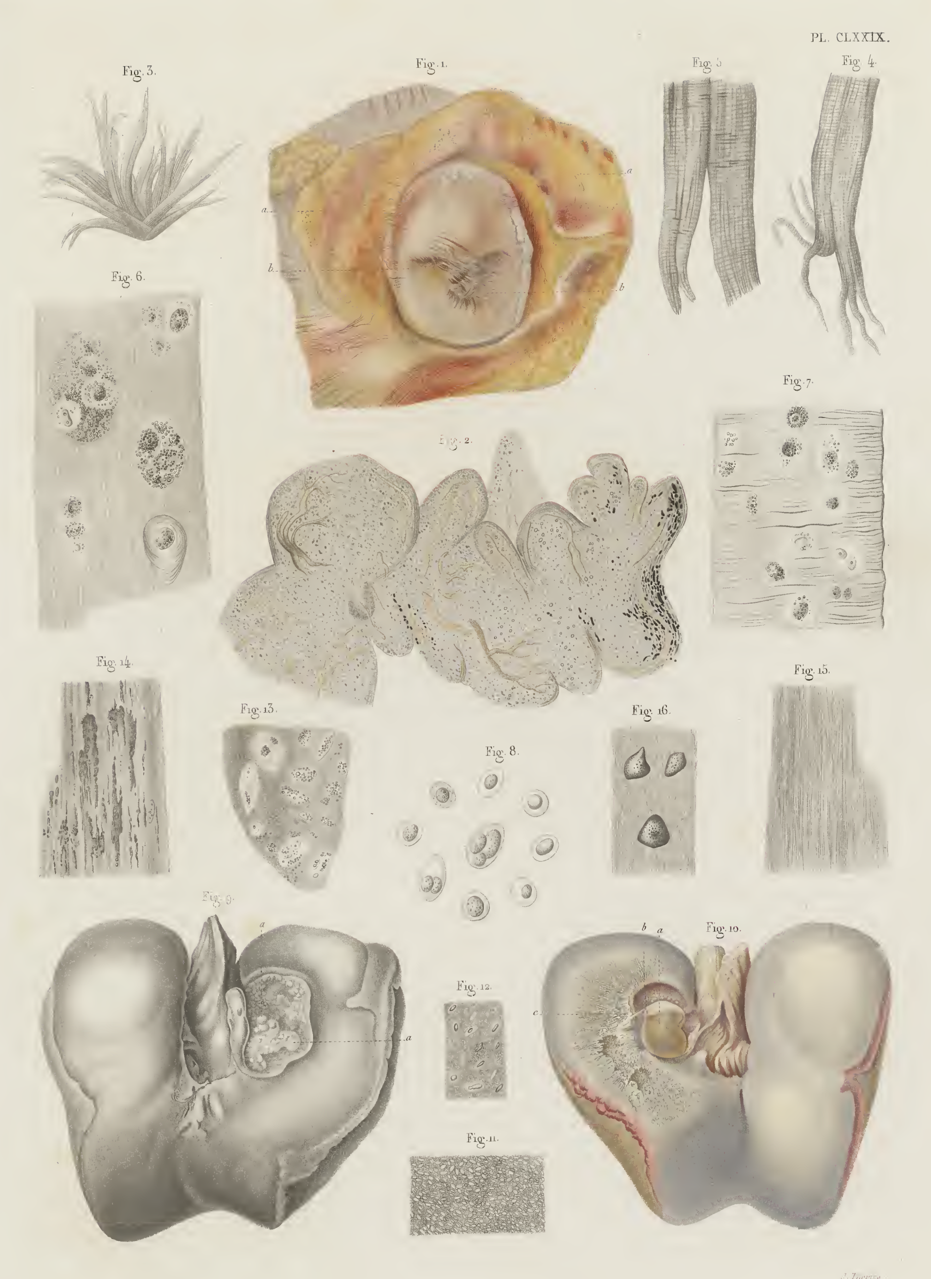


P. Lackerbauer et Brugier ad nat pinx.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques 33.

PL. CLXXIX.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny … R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer. J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

PL. CLXXXI.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

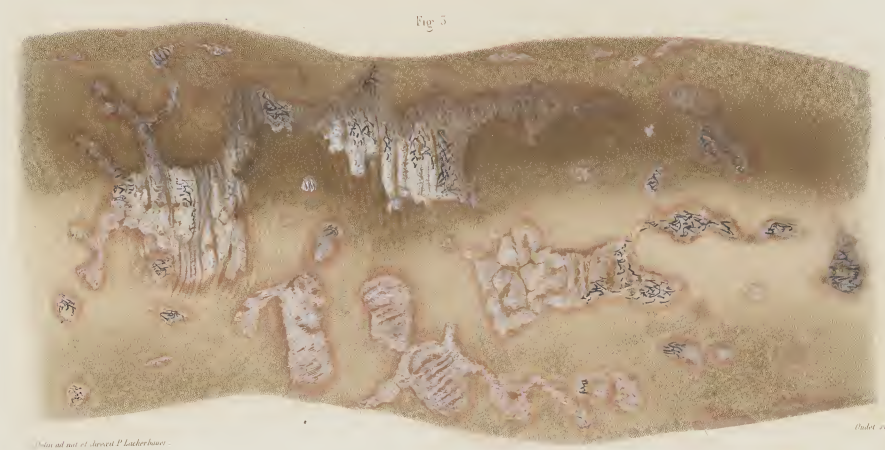
Fig. 1



Fig. 2.



Fig. 3



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer. *Oudet sc.*

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

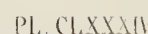

PL. CLXXXIV.

Fig. 4

Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 1.

Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

T. Thomas, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 37



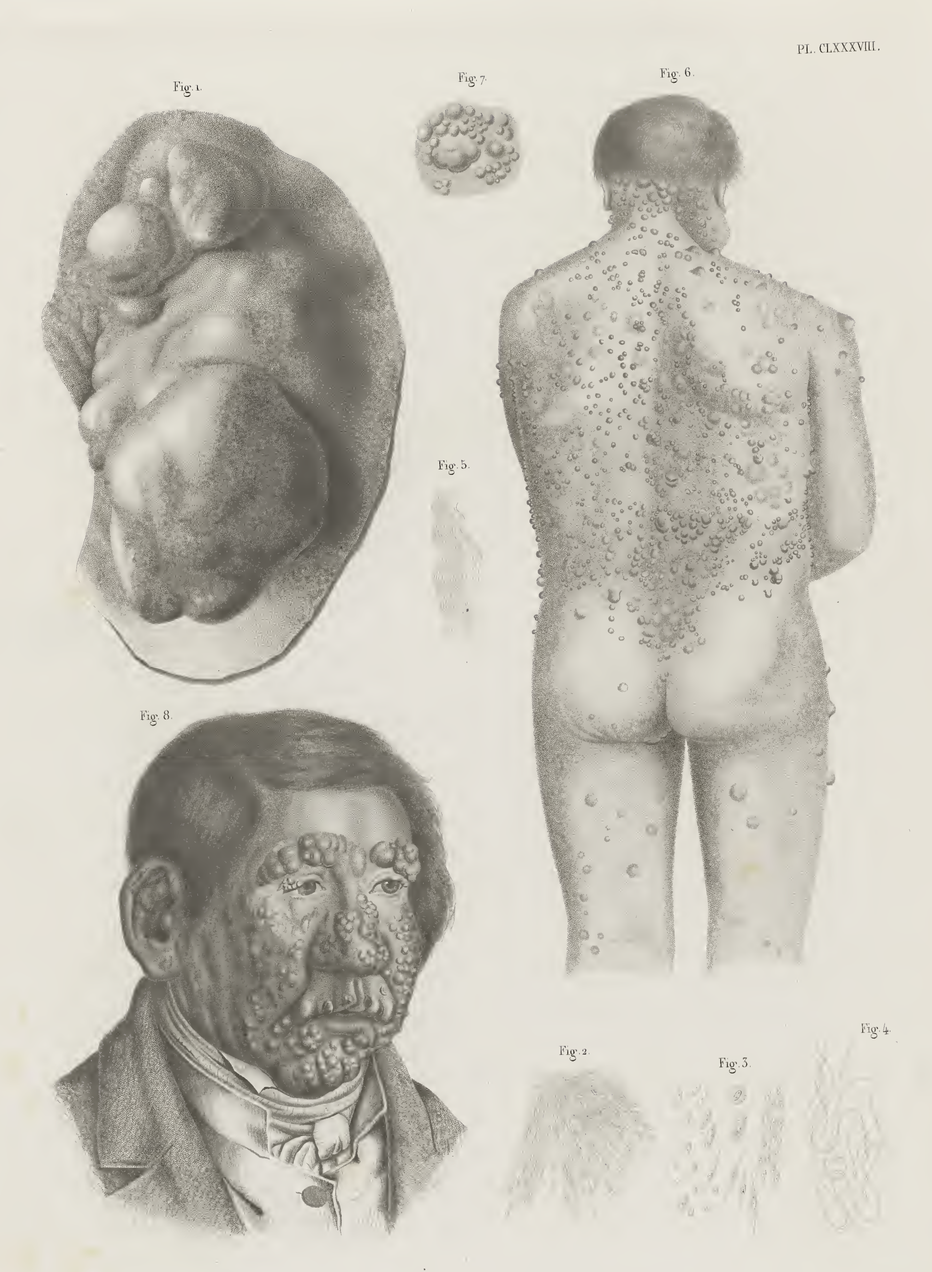
Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.
Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



Delin ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

PL. CLXXXVIII.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

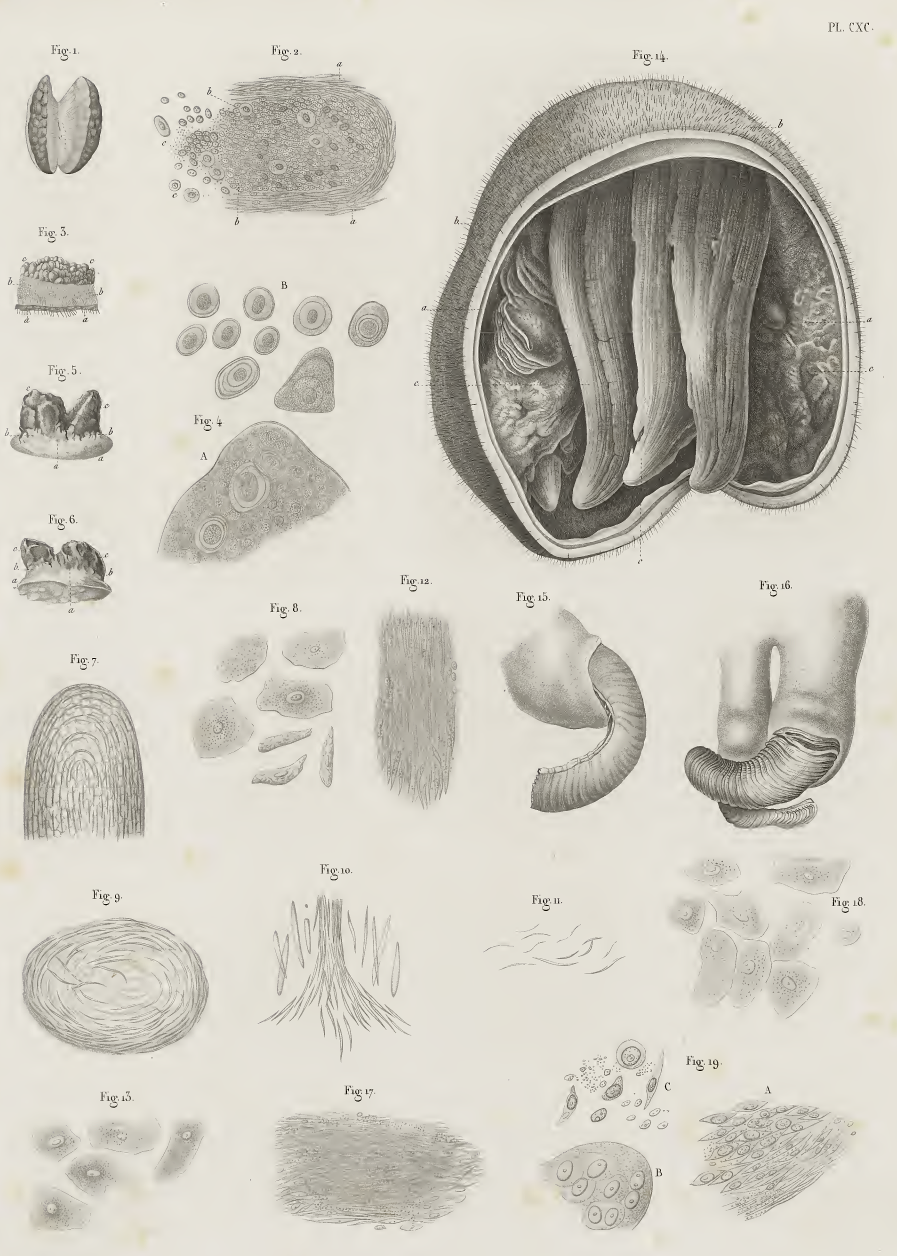


Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Sebin et F. Thomas sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat et direxit P. Lackerbauer.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques 33.

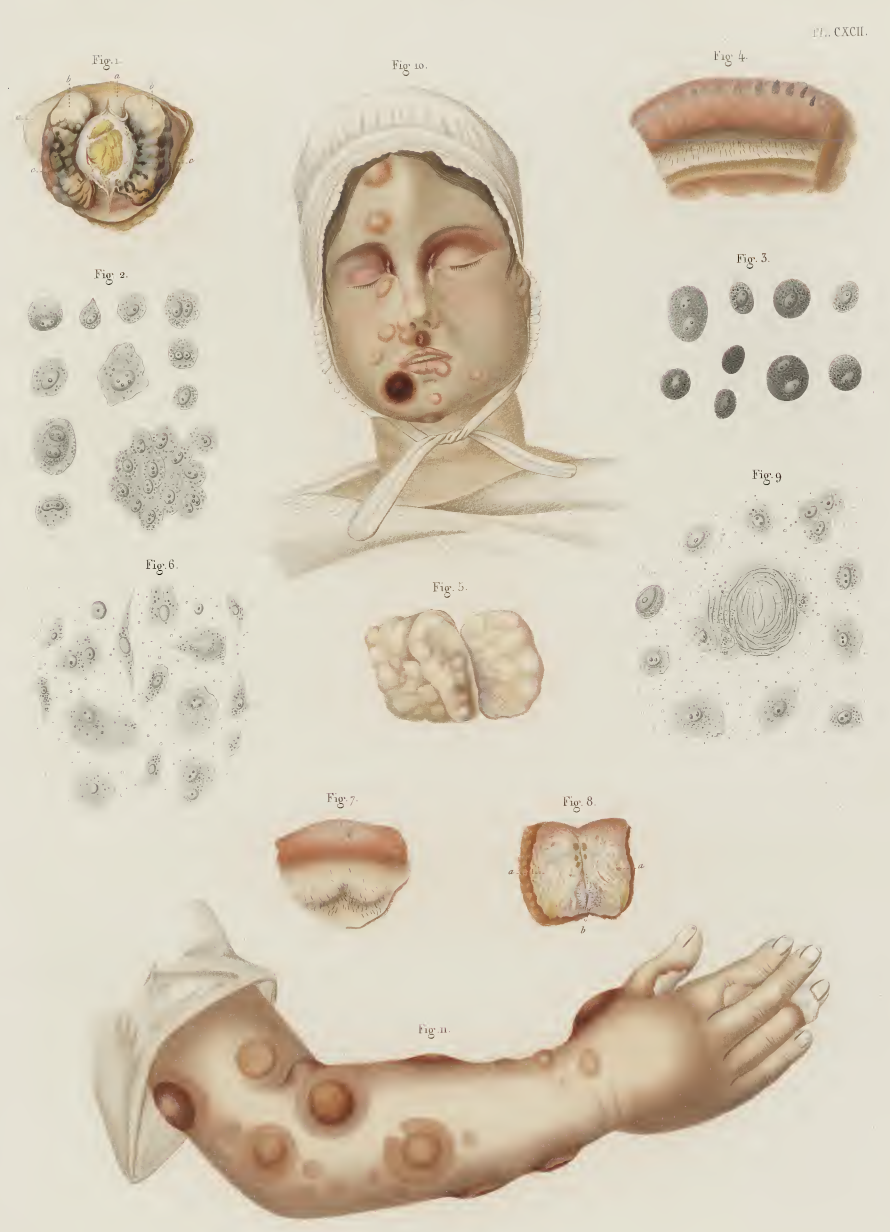


Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

J. Thomas, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Par

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

J. Thomas sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils Libraires à Paris.

Imp. Geny Gros, R. S. Jacques 33



Fig. 1.



Fig. 2



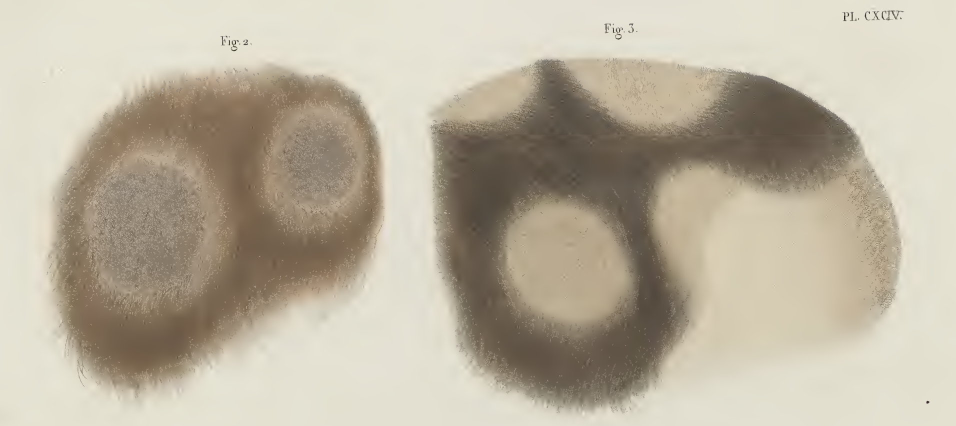
Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33

PL. CXCIV.





Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer.

Oudet, sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.

MORVE AIGUE

PL. CXCV.



D'après les dessins de la collection de M. Rayer

Oudet sc.

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Lemercier R. S. Jacques 33

MORVE CHRONIQUE

PL. CXCVI.



D'après les dessins de la collection de M. Rayer.

Oudet, sc.

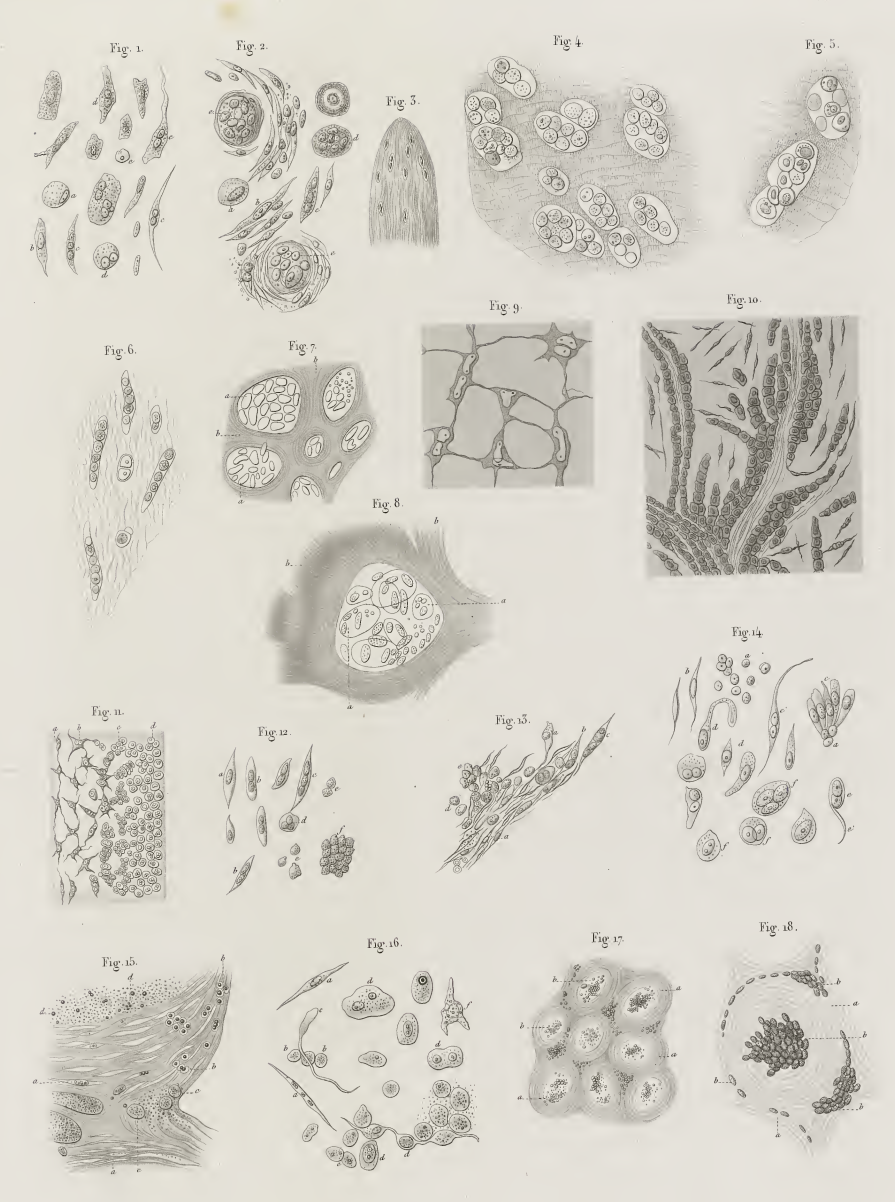
Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires, à Paris.

Imp. Geny-Gros, R. S. Jacques, 33.



ad nat. et direxit P. Lackerbauer — *Lebrun sc.*

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires à Paris.



Delin. ad nat. et direxit P. Lakerbauer.

Lebrun, sc.

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33



Delin ad nat. et direxit P. Lackerbauer *Lebrun, sc.*

Publié par J. B. Baillière et Fils, Libraires à Paris.

Imp. Geny-Gros R. S. Jacques, 33.



Delin. ad nat. et direxit P. Lackerbauer

Lebrun

Publié par J.B. Baillière et Fils, Libraires à Paris.

Imp. Geny Gros R. St Jacques, 33

